

SOLICITUD DE ATENCION DE SINIESTROS

A llenar por el ASEGURADO (con letra imprenta y legible)

Datos del ASEGURADO:

Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres	DNI
EMAIL	CELULAR
DIRECCION	

Datos del BENEFICIARIO:
(Solo completar en caso haya marcado no)

¿ES EL MISMO ASEGURADO? SI NO

Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombres	
EMAIL	CELULAR
DIRECCION	
Cónyuge <input checked="" type="radio"/> Hijo (a) <input type="radio"/> Padre /Madre <input type="radio"/> Otro _____	Sexo: M <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/>
Edad	

Tipo de Seguro

<input type="checkbox"/> Protección de Tarjeta	<input type="checkbox"/> Desgravamen
<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Otros (+)
(+) (+) Detallar: _____	

Para la evaluación del siniestro, adjunto los siguientes documentos (Anexo 2 - Requisitos)

<input type="checkbox"/> Denuncia Policial	<input type="checkbox"/> Estado de Cuenta	<input type="checkbox"/> Otros (*)
<input type="checkbox"/> Acta y/o Certificado de Defunción	<input type="checkbox"/> Historia Clínica	
(*) Detallar: _____ _____ _____ _____ _____		

COMPLETAR SÓLO EN CASO DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE TARJETA Y/O SALUD A TU ALCANCE

N° CUENTA DEL ASEGURADO	<input type="text"/>		
Tipo	<input checked="" type="radio"/> AHORROS <input type="radio"/> CUENTA CORRIENTE	MONEDA	<input checked="" type="radio"/> SOLES <input type="radio"/> DOLARES
Importe reclamado:	<input checked="" type="radio"/> SOLES <input type="radio"/> DOLARES		

SOLICITUD DE ATENCION DE SINIESTROS

OCURRENCIA DE HECHOS

Lugar:

Descripción (llenar de manera OBLIGATORIA):

Fecha:

IMPORTANTE: La Cía. de Seguros revisará el cumplimiento de los requisitos indicados en el Anexo 2 para proceder a evaluar el siniestro, pudiendo solicitar documentos adicionales para el análisis respectivo.

Autorizo la comunicación, envío de cualquier información, documento y/o notificación al correo electrónico anteriormente indicado para efectos de la atención del siniestro.

SI NO

Estos documentos han sido entregados en la oficina _____, con fecha _____. La recepción de los documentos no significa la aceptación de la cobertura, ya que es necesaria la evaluación de la Cía. de Seguros. El Banco procederá a tramitar su solicitud ante la Compañía de Seguros, la cual procederá a entregarnos la evaluación y/o indemnización (en caso corresponda), en un plazo no mayor de 30 días, si no requiere de algún documento y/o información adicional por parte del Asegurado o su sucesión.

En caso el Banco reciba la indemnización del seguro, la aplicará al préstamo o tarjeta de crédito que tuviera el titular.

Firma y sello de recepción de Oficina

Firma de Solicitante

Nombre del Gestor del Banco _____

Fecha / /

SOLICITUD DE ATENCION DE SINIESTROS

ANEXO 1 (Buzones)

En caso tenga alguna duda sobre su siniestro, los buzones por tipo de seguro son los siguientes:

- Seguro de Desgravamen: siniestrosdesgravamen.pe@bbva.com Teléfono: 01-209 2849
- Seguro de Protección de Tarjeta: siniestrosprotecciondetarjeta@bbva.com Teléfono: 01-209 3158
- Otras Coberturas: consultasoptativosrimac@bbva.com Teléfono: 01-209 2377

ANEXO 2 (Requisitos)

En todos los casos se requiere la presentación de la solicitud de atención de siniestro firmada por el asegurado / beneficiario y adicionalmente, según tipo de seguro, lo siguiente:

1. SEGURO DESGRAVAMEN DE PRESTAMOS Y DE TARJETA DE CRÉDITO

- Acta y/o Certificado de defunción (original o copia legalizada)
- Historia clínica completa foliada y fedateada del asegurado con todas las atenciones que se realizó el cliente en el transcurso de su vida de preferencia con fecha anterior a la fecha de alta del seguro.

A. Documentos adicionales para cobertura Muerte Accidental

- Atestado policial completo o informe policial completo o diligencias fiscales con conclusiones (original o copia fedateada)
- Protocolo de necropsia completo / informe pericial de necropsia completo con resultados de todos los exámenes practicados (dosaje etílico, toxicológico, etc.). (Original o copia fedateada)
- Dosaje Etílico en caso de Accidente de Tránsito (original o copia fedateada)

B. Documentos adicionales para la cobertura de Invalidez total y permanente por causa natural o enfermedad

- Dictamen de invalidez emitidos por la comisión médica del MINSA o EsSALUD o EPS o Comité Médico de las AFP (COMAFP) o la comisión médica correspondiente a las fuerzas armadas o policiales en donde se indique el grado / naturaleza / menoscabo (original o copia legalizada)

C. Documentos adicionales para la cobertura de Invalidez total y permanente por causa accidental

- Dictamen de invalidez emitidos por la comisión médica del MINSA o EsSALUD o EPS o comité médico de las AFP (COMAFP) o la comisión médica correspondiente a las fuerzas armadas o policiales en donde se indique el grado / naturaleza del menoscabo: igual o mayor al 70% (original o copia legalizada)
- Atestado policial completo, informe policial completo o diligencias fiscales con conclusiones del caso (original o copia legalizada)

2. COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL.

A. Cobertura de Desempleo Involuntario Trabajadores del Sector Privado

- Carta de despido de la empresa Original o Copia Legalizada (sellada y firmada). Podrá aceptarse copia de la carta de renuncia del trabajador, si en la liquidación de beneficios sociales, firmada y sellada por el empleador, el ASEGURADO cumple con acreditar haber recibido una compensación o bonificación extraordinaria equivalente como mínimo a un (1) sueldo remuneratorio mensual.
- En caso de no contar con la carta de despido formalmente cursado por el empleador, se deberá presentar la Constatación Policial o de la Autoridad Administrativa de Trabajo que den cuenta del despido de hecho producido (Original o Copia legalizada)
- Liquidación de beneficios sociales por despido y constancia del pago (Original o Copia Legalizada). Se verificará el pago de 1,5 remuneraciones por cada año trabajado (o por cada mes pendiente de ejecución si fuera un contrato de trabajo con plazo determinando) más los beneficios de Ley.
- Certificado de trabajo (Original o Copia Legalizada). Este documento detalla el periodo laborado por el trabajador cesado y los motivos de cese.
- Certificado de aportaciones a la AFP o a la ONP correspondiente al mes siguiente del cese (Original o Copia Legalizada).
- Carta para la libre disponibilidad de la cuenta CTS por cese, debidamente firmada y sellada por el empleador (Original o Copia Legalizada).
- Declaración jurada en formato de LA ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo (Original o Copia Legalizada).

B. Trabajadores del Sector Público en general y en particular del Sector Educativo:

- Número del CUSSP (seguridad social) (Original o Copia Legalizada).

SOLICITUD DE ATENCION DE SINIESTROS

- Resolución de cese en la que consten los motivos del cese del trabajador no imputable a los casos no cubiertos por la Póliza (Original o Copia Legalizada).
- Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por la entidad pública) (Original o Copia Legalizada).
- Declaración jurada en formato de la ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo (Original o Copia Legalizada).

C. Miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales:

- Resolución de cese o documento expedido por el Ministerio de Defensa (Original o Copia Legalizada).
- Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su Institución) (Original o Copia Legalizada).
- Declaración jurada en formato de la ASEGURADORA manifestando que a la fecha del siniestro el ASEGURADO se encuentra en situación de Desempleo (Original o Copia)

D. Cobertura de Incapacidad Temporal

- Autorización del ASEGURADO para revisión de las historias clínicas (Original o Copia Legalizada).
- Certificado de renta de 4ta Categoría (Original o Copia Legalizada).
- Declaración Jurada de Renta de 3era, Categoría en caso de empresa individual de responsabilidad limitada (Original o Copia Legalizada).
- Certificado médico (Original o Copia Legalizada), en el que conste información sobre los días requeridos de reposo por incapacidad Temporal.

3. SEGURO DE PROTECCIÓN DE TARJETA

- Solicitar el bloqueo de tarjeta llamando al 595-0000 y tomar nota del código de bloqueo. Este bloqueo debe ser efectuado dentro del plazo indicado en su póliza*.
- Denuncia policial (Copia Simple LEGIBLE de la Copia Certificada), realizada dentro del plazo indicado en su póliza*, donde figure claramente la fecha y la hora en que el denunciante presentó la denuncia. **LA DENUNCIA NO ES OBLIGATORIA PARA LOS CASOS DE COMPRAS FRAUDULENTAS VÍA INTERNET**
- Copia simple de la solicitud de cobertura presentada en otra Cia de Seguros. **Solo en caso tenga otra póliza con las mismas coberturas.**
- Coberturas para tarjetas con otras entidades bancarias: Bloqueos de las tarjetas afectadas y estados de cuenta que sustenten lo movimientos efectuados en donde se indique fecha e importes **(solo para Cobertura: Otras Tarjetas)**
- Documentos que sustenten los cobros efectuados por los entes emisores de los correspondientes documentos de identificación personal del ASEGURADO
- Documento por el cobro efectuado por la reposición de tarjetas debido y/o crédito. **(solo para Cobertura: Reembolsos por trámite de Documentos).**
- Comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de las chapas y llaves del domicilio del asegurado (solo para Cobertura: Reembolsos por trámite de Documentos).

(*) Si el seguro fue contratado a partir del 1 de julio del 2017, el bloqueo debe ser efectuado dentro de las 6 horas y la Denuncia policial debe ser realizada dentro de las 72* horas de ocurrido o tomado conocimiento del siniestro.

4. SEGURO DE SALUD A TU ALCANCE

A. Indemnización por primer diagnóstico de cáncer:

- Diagnóstico Anatómo Patológico Positivo.

B. Indemnización por primer diagnóstico de quemaduras graves:

- Informe Médico indicando Colegio Médico del Perú (CMP) y Registro Nacional de Especialidad (RNE); documentado en la Historia Clínica (CL) de la institución donde se atendió el diagnóstico, según lo señalado en la definición de la cobertura.
- Epicrisis del caso.

C. Indemnización por renta hospitalaria por accidentes:

- Documento Nacional de Identidad del ASEGURADO.
- Copia Certificada de la Denuncia o Atestado Policial (si fuera un accidente donde hubo intervención policial).
- Informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ser el accidente en horas de trabajo).
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Informe Médico suscrito por el médico tratante, que acredite la hospitalización del asegurado en una Institución Hospitalaria y se verifique el nombre del ASEGURADO como paciente hospitalizado, el periodo de la hospitalización, diagnóstico y tratamiento.

D. Indemnización por muerte accidental:

- Copia Certificada del Acta o Partida de Defunción.
- Certificación de Reproducción Notarial (antes copia legalizada) del Certificado Médico de Defunción.

SOLICITUD DE ATENCION DE SINIESTROS

- Copia Certificada del Atestado policial, en caso corresponda.
- Original del informe sobre las circunstancias del accidente emitido por el empleador (de ocurrido el accidente en horas de trabajo).
- Copia Certificada del Protocolo de Necropsia, en caso corresponda.
- Copia Certificada del Análisis toxicológico con resultados de alcoholemia y toxinas, en caso corresponda.
- Copia Certificada del resultado de Dosaje Etílico (en caso de tratarse de accidente de tránsito).
- Copia simple del Documento de identidad del ASEGURADO (en caso cuenten con el mismo) y de los Beneficiarios (Partida de Nacimiento en caso de ser menores de edad que no cuenten con DNI).
- Copia Literal de la inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento, expedida con no más de 30 días por Registros Públicos

E. Eventos de Vida:

- **Por nacimiento del hijo del titular:** Partida de Nacimiento debidamente legalizada ante notario público.
- **Por casamiento del titular:** Partida de Matrimonio debidamente legalizada ante notario público.
- **Por graduación de estudios superior del titular:** Grado Académico debidamente legalizado ante notario público

5. COBERTURAS ADICIONALES

A. Cobertura Oncológica (Protección Múltiple /Continental Vida)

- Historia clínica completa foliada y fedateada del asegurado con todas las atenciones que se realizó el cliente en el transcurso de su vida con fecha anterior a la fecha de alta del seguro.
- Examen Anatómico Patológico.

B. Cobertura de Renta Hospitalaria (Protección Múltiple / Continental Vida)

- Carta simple suscrita por el Asegurado detallando los hechos o Informe Policial (original o copia fedateada)
- Informe Médico que establezca los días de hospitalización o Historia Clínica (original o copia fedateada)
- Orden de Alta (original o copia fedateada)

C. Anticipo adelanto por enfermedad Terminal (Protección Múltiple / Continental Vida / Desgravamen)

- Historia Clínica (original o copia fedateada)

D. Renta Estudiantil (Desgravamen – Protección Múltiple – Continental Vida)

- Acta o partida de nacimiento del beneficiario (original o legalizada)
- Certificado domiciliario emitido por la notaria que detalle los menores (detallar nombre, apellido y DNI) viven con el tutor (original)
- Copia simple de DNI de Beneficiario mayor de edad

E. Cobertura adicional por Sepelio (Desgravamen – Protección Múltiple – Continental Vida)

- Copia del documento de identidad del familiar directo que asumió los gastos funerarios
- Facturas o boletas emitidas a su nombre (copia simple)
- Declaración jurada donde indique el grado de parentesco con el asegurado fallecido (original).