

Registro de Indemnización de Siniestros Seguro de Protección Financiera

1. Completar los datos personales (Todos los datos son obligatorios)

Nombre y Apellidos del Cliente / Solicitante

DNI / CE del Cliente / Solicitante

Dirección del Cliente: Av. / Calle / Jirón

Referencia

Distrito

Departamento

Teléfono del Cliente / Solicitante

Correo Electrónico (*)

(*) Este correo electrónico se utilizará para el envío de información del reclamo presentado en este documento.

2. Señale el destino de la respuesta (para recibir cualquier información del siniestro y/o cualquier comunicación necesaria para su ejecución)

Correo electrónico

Domicilio Físico

3. Completar la información del Crédito y la fecha del siniestro:

Monto del Crédito Solicitado: _____

Plazo del Crédito: _____

Monto de Cuota del Crédito: _____

Fecha de ocurrencia del siniestro:(**) _____

(**)Fecha de ocurrencia del siniestro: Fecha de despido, accidente, enfermedad o fallecimiento.

4. Marcar con una X la cobertura a solicitar:

Desempleo Trabajador Dependiente (cobertura de Desempleo Involuntario) (siga al punto 5)

Desempleo Trabajador Independiente (cobertura de Incapacidad temporal por accidente y/o Enfermedad (siga al punto 6)

Vida (siga al punto 7)

Invalidez Total y Permanente (siga al punto 8)

5. Documentos requeridos para Trabajador Dependiente, cobertura de Desempleo Involuntario y según la modalidad de contratación:

Documentos a presentar en caso de siniestro por Desempleo Involuntario	Trabajador formal con contrato:		Empleados Públicos	Miembros de las FFAA y Policiales	Documentos entregados
	Trabajo a Plazo Indefinido	Trabajo a Plazo Fijo			
1. Copia del DNI o documento de identidad del Asegurado.	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>
2. Registro de indemnización de siniestros para Seguro de Protección Financiera	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>
3. Copia de la liquidación de beneficios sociales por despido o mutuo disenso y/o constancia de pago emitido por el empleador. Expedido por la institución en caso de empleados públicos. En el caso de FFAA y policiales, documento similar expedido por la autoridad administrativa de las fuerzas armadas o policiales, según corresponda.	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>



Documentos a presentar en caso de siniestro por Desempleo Involuntario	Trabajador formal con contrato:		Empleados Públicos	Miembros de las FF.AA y Policiales	Documentos entregados
	Trabajo a Plazo Indefinido	Trabajo a Plazo Fijo			
4. Copia de la última boleta de pago de remuneraciones.	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>
5. Copia de carta de despido sellada y firmada por el representante de la empresa o documento similar que sustente el desvinculo laboral. En caso de no contar con los documentos de despido formalmente cursados por el empleador, se deberá presentar la constatación policial o de la autoridad administrativa de trabajo que dé cuenta del hecho producido.	X	X	NA	NA	<input type="checkbox"/>
6. Copia de Carta de despido o resolución administrativa o documento oficial que acredite la causa.	NA	NA	X	X	<input type="checkbox"/>
7. Copia del último contrato de trabajo, renovado con el mismo empleador, legalizado por un notario público.	NA	X	NA	NA	<input type="checkbox"/>
Mensualmente, el asegurado deberá informar vía correo electrónico (siniestrosrrgg@pacifico.com.pe) que continúa su condición de desempleo. Solo para créditos mayores a S/2,000 se deberá adjuntar el estado de cuenta de la AFP u ONP del mes en curso. Condición necesaria para continuar con el pago de la indemnización.					<input type="checkbox"/>

6. Documentos requeridos para Trabajador Independiente, cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad:

Documentos a presentar en caso de siniestro por Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad
1. Copia del DNI o documento de identidad del Asegurado.
2. Registro de indemnización de siniestros para Seguro de Protección Financiera, éste incluye Declaración Jurada confirmando su situación de desempleo. Mensualmente, se deberá presentar la declaración confirmando su situación de desempleo y/o enfermedad.
3. Autorización del Asegurado para revisión de historias clínicas.
4. Copia Declaración Jurada de rentas de 4ta. categoría.
5. Copia Declaración Jurada de rentas de 3era. categoría (EIRL).
6. Certificado médico en el que conste la información sobre los días requeridos de reposo por Incapacidad Temporal, detallando: <ol style="list-style-type: none"> Causas de incapacidad. Diagnóstico definitivo. Número de historia médica. Tratamiento realizado y los documentos sustentatorios (exámenes auxiliares). Pronóstico, días de descanso. Clínica u hospital donde recibió la atención. Médico especialista. Fecha de atención. <i>Esta declaración deberá presentarse actualizada de manera mensual para el pago de las cuotas.</i>

7. Documentos requeridos para la cobertura de Fallecimiento Natural o Accidental

Documentos a presentar en caso de Fallecimiento natural o accidental	
<ol style="list-style-type: none"> Estado de cuenta del crédito. Original o copia legalizada de la Partida o Acta de Defunción. Certificado médico de defunción completo legalizado. Informe médico ampliatorio (formato de la Compañía). Copia de DNI o Partida de Nacimiento del Asegurado. Confirmación formal del monto de crédito inicial desembolsado por parte del Banco. Historia clínica completa, foliada y fedateada. 	<p><i>Adicionalmente, en caso de Muerte Accidental, se deberá presentar:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Original o copia legalizada del Atestado policial Completo (o Carpeta Fiscal). Original o copia legalizada del Protocolo o Acta de Necropsia Completa. Resultado del examen de dosaje etílico y toxicológico. Facilitar cualquier comprobación, incluso de dos (2) exámenes médicos por facultativos designados por la Compañía y con gastos a cargo de ésta.

8. Documentos requeridos para la cobertura de Invalidez total y permanente

Documentos a presentar en caso de Invalidez Total y permanente	
<ol style="list-style-type: none">1. Copia del DNI o documento de identidad del Asegurado.2. Original o copia legalizada del Informe del médico tratante.3. Exámenes clínicos y demás elementos auxiliares que dispongan.4. Confirmación formal de la suma del crédito inicial desembolsado por parte del Banco.5. Los demás que solicite la Compañía.	<p>Adicionalmente, en caso de Invalidez Total y Permanente por Accidente deberá presentar:</p> <p>Atestado policial vinculado al accidente, de corresponder. A falta del mismo, documentos que demuestren las circunstancias en que se produjo el accidente que ocasiona la invalidez total y permanente del Asegurado.</p>

La recepción de los documentos por parte del BCP (en adelante El Banco) y/o por Pacífico Seguros Generales y/o Pacífico Vida (en adelante Las Aseguradoras) no implica un pronunciamiento respecto de la conformidad de los mismos ni sobre el monto reclamado, ni que el siniestro será cubierto por cualquiera de Las Aseguradoras. En tal sentido, no se entenderá consentido el siniestro. El Banco procederá a enviar a Las Aseguradoras el presente formulario y la documentación que se ha solicitado para que realice la gestión de su solicitud de cobertura del seguro. Las Aseguradoras evaluarán la documentación presentada, y en caso de encontrar observaciones o de necesitar información adicional o mayores evidencias, o de ser necesarias investigaciones adicionales, se le enviará una comunicación al cliente. Una vez presentada y aprobada toda la documentación, La Aseguradora correspondiente pagará al beneficiario las indemnizaciones correspondientes en un plazo máximo de treinta (30) días calendario después de presentada toda la documentación.

Autorizo a Las Aseguradoras a solicitar al Banco aquella información que se requiera para poder concluir la revisión de la liquidación de mi siniestro ocurrido en la fecha mencionada; para esto procedo mediante la presente a dar mi autorización previa al Banco para que pueda brindar dicha información a Las Aseguradoras. Asimismo, autorizo al Banco a compartir con Las Aseguradoras la información del Asegurado que califique como "Datos Personales" conforme a la legislación de la materia, para efectos de la evaluación de su solicitud de cobertura del seguro.

Frente a cualquier consulta adicional, puede comunicarse a través de los siguientes canales:

(a) BCP: Banca por Teléfono al 311-9898.

(b) Pacífico Seguros Generales: Línea telefónica 513-5000 o correo electrónico: siniestrosrugg@pacifico.com.pe, reclamos@pacifico.com.pe. Dirección: Av. Juan de Arona 830, San Isidro – Lima.

(c) Pacífico Vida: Línea telefónica 513-5000 o correo electrónico: servicioalcliente@pacificovida.com.pe. Dirección: Av. Juan de Arona 830, San Isidro – Lima.

Medios de comunicación pactados: Correo electrónico, comunicación escrita, domicilio físico y/o teléfono.

He autorizado a PACÍFICO SEGUROS, para que pueda enviar válidamente cualquier comunicación y/o notificación vinculada con este seguro incluidas las cartas de suspensión de cobertura o resolución de contrato durante su vigencia por cualquiera de los medios de comunicación arriba indicados, precisándose que las comunicaciones por teléfono se realizarán únicamente en aquellos casos en que la comunicación escrita no sea requerida de forma específica, conforme al marco normativo vigente. Declaro, igualmente, conocer y estar de acuerdo con que las comunicaciones y/o notificaciones que sean dirigidas a mi correo electrónico surtirán efectos y las consideraré recibidas a partir del momento en que estas sean recibidas en el servidor de mi cuenta del correo electrónico, considerándose igualmente que en ese momento he tomado conocimiento del contenido del documento enviado por dicho medio. Se enviará comunicaciones por escrito al domicilio físico del contratante, en caso la normatividad vigente lo exija o, no se consigne una dirección electrónica.

En caso que solicite la cobertura de desempleo, siendo trabajador dependiente, declaro bajo juramento haber perdido involuntariamente mi empleo desde la fecha indicada como fecha de ocurrencia de siniestro. De otra forma, siendo un trabajador independiente, declaro bajo juramento encontrarme incapacitado temporalmente por accidente y/o enfermedad. Asimismo, declaro que la información y documentación consignada son exactas en todas sus partes, que conozco y asumiría las consecuencias legales que implica el hacer una declaración falsa. Por todo lo expuesto, pido a ustedes revisar el caso según lo solicitado.

Firma y Huella Digital

Fecha

--	--	--	--

--