

FORMATO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN DE SINIESTROS – PRODUCTO OPTATIVO

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras

Fecha de Solicitud:

Marque con una X el (los) trámite(s) solicitado(s)

Muerte Natural o Accidental []	Sepelio []	Indemnización por Hospitalización cesaria o parto natural []
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer []	Indemnización diaria por Hospitalización []	Indemnización por Daños []

I. PARA SER COMPLETADA POR COLABORADOR DE COMPARTAMOS FINANCIERA			
Información del Asegurado			
Apellidos y Nombres			
Fecha de Nacimiento		Tipo de Documento y Nro.	
Información del Solicitante			
Apellidos y Nombres			
Parentesco / Relación		Tipo de Documento y Nro.	
Teléfono Fijo (*)		Celular / WhatsApp (*)	
Email (*)			
Dirección y Distrito (*)			

(*) Los datos consignados serán utilizados como medios autorizados por la aseguradora para la comunicación de siniestros.

Datos del Siniestro			
Fecha del Siniestro:			
Fecha de Hospitalización: (en caso de aplicar)	Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:	

De aprobarse la solicitud de mi siniestro, autorizó que el monto indemnizado sea abonado en:

MEDIO DE PAGO	ELEGIR CON UNA (X)	NRO DE CUENTA DE AHORRO O NRO BIM COMPARTAMOS AFILIADO
NRO DE CUENTA		
BIM(*)		

(*) Aplica para montos menores a S/1,500 y que sean tramitados por el mismo asegurado o beneficiario

CHECK LIST DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA ATENCIÓN DE SINIESTROS

AGENCIAS (en todos los casos):

MARCAR CON UNA (X) EN CASO DE (SI) CONTAR CON LA INFORMACION Y (NO) EN CASO DE INFORMACION PENDIENTE NO ENTREGADA	SI	NO
1. Poliza Simplificada (Certificado de Seguro) firmado por el cliente al momento de la contratación. (*)		
2. Declaración jurada firmada por el cliente (sólo para Indemnización por daños). (*)		

(*) Documento proporcionada por Compartamos Financiera

MARCAR CON UNA (X) EN CASO DE (SI) CONTAR CON LA INFORMACION Y (NO) EN CASO DE INFORMACION PENDIENTE NO ENTREGADA	SI	NO
Muerte Natural / Accidental		

1. Formato de reclamación		
2. Original o copia simple de Acta o Partida de defunción del ASEGURADO (Anverso y Reverso)		
3. Original o copia simple del Certificado de defunción del ASEGURADO (Anverso y Reverso)		
4. Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR (Anverso y Reverso)		
5. Copia simple del Documento de identidad de los beneficiarios mayores de edad y/o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad. En caso los Beneficiarios sean los "Herederos legales", se deberá adjuntar Testamento o Testimonio de Sucesión Intestada y Copia Literal de la inscripción definitiva de la sucesión en Registros Públicos (Anverso y Reverso)		
Indemnización por Muerte Accidental		
6. Original o copia simple del Atestado policial completo o diligencias fiscales. (Anverso y Reverso)		
7. Original o copia simple del Protocolo de necropsia. (Anverso y Reverso)		
Sepelio	SI	NO
1. Formato de reclamación		
2. Copia simple DNI del ASEGURADO TITULAR (Anverso y Reverso)		
3. Original o Copia simple del Certificado Médico de Defunción, donde se indique la causa del fallecimiento (Anverso y Reverso)		
4. Copia simple del DNI del solicitante del servicio (Anverso y Reverso)		
5. Original o copia simple del Atestado Policial, Protocolo de Necropsia y resultado del examen toxicológico, en caso de muerte por accidente y en caso corresponda (Anverso y Reverso)		
Indemnización diaria x Hospitalización	SI	NO
1. Formato de reclamación		
2. Copia simple DNI del ASEGURADO TITULAR (Anverso y Reverso)		
3. Original o copia simple de Factura o Boleta de liquidación de la prestación y/o documento que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO TITULAR hospitalizado, el periodo (fecha de ingreso y alta del paciente) y el motivo de la hospitalización. (en caso de que sea ESSALUD no será necesario este requisito). (Anverso y Reverso)		
4. Original o copia simple de Certificado Médico con el (los) diagnóstico(s) presentados. (Anverso y Reverso)		
En caso la compañía lo requiera, se solicitará Historia Clínica siempre y cuando la hospitalización sea mayor a diez (10) días		
Indemnización por Diagnóstico de Cáncer	SI	NO
1. Formato de reclamación		
2. Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
3. Informe original o copia simple de la Anatomía Patológica que sustente el diagnóstico de cáncer del asegurado titular. El Médico especialista que certifica dicho diagnóstico, debe estar registrado en Perú, sin que éste sea el mismo ASEGURADO y/o Beneficiario o algún familiar de éstos hasta el 4to grado de consanguinidad y 2do de afinidad. (Anverso y Reverso)		
Indemnización por Hospitalización por Cesárea o parto natural	SI	NO
1. Formato de reclamación		
2. Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
3. Original o copia certificada de Factura o boleta de liquidación de la prestación y/o documento que acredite la hospitalización del Hospital o Clínica donde se verifique el nombre del ASEGURADO TITULAR hospitalizado y el motivo de la hospitalización (en caso de que sea ESSALUD no será necesario este requisito).		
4. Certificado Médico con el o los diagnósticos(s) presentados.		
Indemnización por Daños de Contenido	SI	NO
1. Formato de reclamación		
2. Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
3. Informe de ocurrencia, redactado por el Asegurado o su representante, describiendo las circunstancias en que fue descubierto el siniestro y las acciones realizadas inmediatamente después de haberse descubierto el mismo. (Anverso y Reverso)		

4. Inventario detallado de los daños y/o pérdidas sufridas en el siniestro (Fotos), describiendo las principales características de los bienes, el año de adquisición y cualquier otro dato de importancia que nos permita una correcta y clara evaluación del bien afectado. (Anverso y Reverso)		
5. Documentos de Preexistencia de los bienes afectados (Facturas de adquisición, boletas, entre otros) Sólo en caso sea necesario		
Se podrá solicitar los siguientes documentos adicionales, en caso sea necesario:		
6. Facturas de Reposición, o reparación original o copia. (Anverso y Reverso)		
7. Presupuesto de Reposición, original o copia. (Anverso y Reverso)		
8. Documentos de Preexistencia de los bienes afectados (Facturas de adquisición, boletas, entre otros) (Anverso y Reverso)		

MAPFRE ASIGNARÁ EN CASO CREA CONVENIENTE, UN PERITO Y/O AJUSTADOR PARA LA EVALUACIÓN DEL SINIESTRO. MAPFRE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL AL ASEGURADO, EN CASO DE SER NECESARIO.

IMPORTANTE: Compartamos Banco NO iniciará el proceso de evaluación de la Solicitud de Atención de Siniestro ante la Compañía Aseguradora si Usted no presenta la documentación detallada en el cuadro precedente¹.

Firma y nombre
(Titular de la Póliza o Solicitante)

Unidad de Siniestros
MAPFRE

Sello y V°B° de recepción-Agencia
Banco Compartamos

¹ Resolución S.B.S. N° 3202-2013

REGLAMENTO PARA LA GESTIÓN Y PAGO DE SINIESTROS

Artículo 4°. - Solicitud de cobertura

El asegurado o el beneficiario, según corresponda, debe presentar la solicitud de cobertura a la empresa, incluyendo la documentación e información completa señalada en la póliza de seguro para el proceso de liquidación del siniestro, mediante la cual, se pueda determinar la fecha y el lugar de la ocurrencia, la causa y las circunstancias del siniestro y el importe de los daños o pérdidas reclamadas.

La solicitud de cobertura presentada al comercializador del seguro tiene los mismos efectos como si hubiera sido presentada a la empresa, siendo esta responsable por los errores u omisiones derivados de la comercialización de seguros, en que incurra el comercializador, y por los perjuicios que se pueda ocasionar a los asegurados o beneficiarios. Ello sin perjuicio de la responsabilidad del comercializador, frente a la empresa.

Los asegurados deben permitir que las empresas y/o los ajustadores de siniestros realicen todas las indagaciones necesarias para determinar la procedencia de la cobertura de un siniestro y el importe de la indemnización u otra prestación, según corresponda; caso contrario, no correrán los plazos indicados en los artículos 8° y 11° del presente Reglamento.