

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS SEGURO ONCOLÓGICO Y ENFERMEDADES GRAVES INDEMNIZATORIO

Datos del Asegurado		
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:
Tipo de Documento: DNI <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	N° de Documento:	Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Dirección actual:	
Teléfono Fijo:	Celular:	
E-Mail:		
Ocupación / profesión / cargo:		
Nombre del centro de labores:	Tiempo de servicio:	
En el caso de los (*) PEP nombre de los parientes hasta el 2do. grado de consanguinidad y afinidad y del cónyuge:		

(*) PEP: Personas expuestas políticamente o que administran recursos públicos

Datos del Siniestro	
Fecha de ocurrencia: ____/____/____	Fecha de notificación o presentación del siniestro a la compañía: ____/____/____
Este siniestro corresponde al siguiente plan:	
Plan A <input type="checkbox"/>	Plan B <input type="checkbox"/>
Plan C <input type="checkbox"/>	Plan D <input type="checkbox"/>
Plan E <input type="checkbox"/>	Plan F <input type="checkbox"/>
Nombre del empleador (hasta la fecha de cese para trabajadores dependientes) o actividad realizada antes de la incapacidad	

Fecha de ingreso y de cese del último trabajo: ____/____/____	____/____/____

Médico tratante			
Nombres:	Apellidos:	CMP:	Especialidad:
Dirección (Consultorio Particular / Clínica u Hospital donde trabaja):			

Distrito:	Ciudad:		
Teléfono:	Fax:	E- Mail:	

El **Asegurado** o sus Beneficiarios podrán llamar a llamar a Línea Positiva 211-0211 desde Lima o al 74- 9000 desde provincias, para conocer el estado de su siniestro, luego de 7 días de haber presentado su siniestro.

Nota: El **Asegurado** declara que toda la información entregada es verdadera, legítima y completa por lo que asume plena y exclusiva responsabilidad en caso ello no sea cierto. La firma y/o sello del Banco de la Nación o de La Positiva en el presente formulario o sus anexos no implica conformidad en la recepción de la información o de los documentos entregados. El **Asegurado** acepta y accede que la Compañía de Seguros solicite cualquier información y haga cualquier verificación que sea necesaria para el pago del siniestro, asimismo autoriza a Clínicas, Hospitales, Profesionales médicos a suministrar información sobre su estado de salud y entrega de la copia de su Historia Clínica.



La Positiva Seguros y Reaseguros

Asegurado

Documentos a Presentar según Cobertura

Los documentos presentados a continuación son un resumen de lo estipulado en la póliza. La evaluación del siniestro dependerá de la conformidad de la documentación con lo reglamentado en la misma.

- a) Fotocopia del DOI del **Asegurado**.
- b) Documentos que certifiquen el primer diagnóstico de la enfermedad, indicados en la descripción de las coberturas de la póliza, y elaborado por médicos legalmente validados para emitir dichos documentos.
- c) Copia de la historia clínica del **Asegurado**.

Para todas las coberturas mencionadas La Positiva podrá solicitar todos los documentos adicionales que considere necesarios para la evaluación y liquidación del siniestro, dentro del plazo de los primeros veinte (20) días de completada toda la documentación exigida, siempre que los mismos guarden relación con el siniestro.

En caso de siniestro en el extranjero, los documentos deberán estar legalizados por el consulado peruano del país donde ocurrió el siniestro y validado por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú; o de ser el caso debidamente apostillados. En caso los documentos estén en idioma extranjero, deberán presentarse con traducción oficial y visado por el Ministerio de Relaciones Exteriores.