

FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS SEGURO DE CUOTA PROTEGIDA POR INCAPACIDAD TEMPORAL Y DESEMPLEO

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: ____/____/____	
Cobertura afectada: Desempleo Involuntario <input type="checkbox"/>	Incapacidad Temporal <input type="checkbox"/>	Hospitalización por Accidente <input type="checkbox"/>
Primer Diagnóstico de Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>	Invalidez Permanente Total por Accidente <input type="checkbox"/>	Pensión Segura (Robo de efectivo retirado por ventanilla) <input type="checkbox"/>
Este siniestro corresponde al: 1er. y 2do. Mes <input type="checkbox"/>		
3er. Mes <input type="checkbox"/>		
4to. Mes <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 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 consiente que la Compañía de Seguros solicite cualquier información y haga cualquier verificación que sea necesaria para el pago del siniestro, así mismo autoriza a Clínicas, Hospitales, Profesionales médicos a suministrar información sobre mi estado de salud y entregar copia de la mi 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.

Para la cobertura de Desempleo Involuntario

Trabajadores del sector Privado, Público y Educación

- a) Formulario de declaración de siniestro proporcionado por **La Positiva**.
- b) Copia del DNI o documento de identidad del **Asegurado**.
- c) Copia legalizada de la carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectiva, o en su defecto constatación policial por despido de facto o hecho, o en defecto de las anteriores, el certificado que emita el Ministerio de Trabajo para dichos efectos.
- d) Constancia y/o Certificado de Trabajo el que acredite antigüedad laboral.
- e) Declaración jurada del **Asegurado** declarando encontrarse en situación de desempleo, según formato proporcionado por **La Positiva**.

Miembros de las fuerzas armadas y policiales

- a) Formulario de declaración de siniestro proporcionado por **La Positiva**.
- b) Copia del carnet de identidad de su institución.
- c) Resolución de cese o documento expedido por el Ministerio de Defensa o Ministerio del interior, según corresponda.
- d) Liquidación de beneficios por cese (o documento similar expedido por su institución).
- e) Declaración Jurada del **Asegurado** declarando encontrarse en situación de Desempleo.

12.1.3. En caso el **Contratante**, en su calidad de beneficiario, decidiese activar la póliza como consecuencia de un desempleo involuntario, los documentos arriba mencionados quedan limitados a:

- a) Resolución de cese de trabajadores emitido por la institución respectiva.
- b) Estado de cuenta del préstamo en el Banco de la Nación del trabajador despedido.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal

Para el pago de la primera cuota deberá presentar:

- a) Formulario de declaración de siniestro proporcionado por **La Positiva**.
- b) Copia del DNI o documento de identidad del **Asegurado**.
- c) Constancia de ingresos del trabajador dependiente o independiente (copia de planilla de sueldos del último mes o certificado de 4ta o 3era categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados. Los jubilados deberán presentar constancia de boletas de pago).
- d) Certificado médico que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar:
 - Causas de la incapacidad
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado y pronóstico
 - Días de descanso
 - Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención
 - Médico tratante
 - Fechas de atención

Con la solicitud de la presente cobertura el **Asegurado** autoriza a **La Positiva** a Solicitar la revisión de la Historia Clínica.

Para el pago de cada una de las siguientes cuotas deberá presentar:

- a) Formulario de declaración de siniestro proporcionado por **La Positiva**.
- b) Certificado médico que acredite la situación de Incapacidad Temporal que debe indicar:
 - Causas de la incapacidad
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado y pronóstico
 - Días de descanso
 - Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención
 - Médico tratante
 - Fechas de atención

Para la cobertura de Hospitalización por Accidente

- a) Formulario de declaración de siniestro proporcionado por **La Positiva**.
- b) Copia del DNI o documento de identidad del **Asegurado**.
- c) Copia del comprobante de pago de la clínica u Hospital donde recibió la atención médica por el accidente.
- d) Copia de la Epicrisis o historia de la hospitalización.
- e) Informe médico en el que se detalle:
 - Diagnóstico definitivo
 - Tratamiento realizado
 - Días de Hospitalización
 - Días de descanso
 - Número de historia médica y clínica u hospital donde recibió la atención
 - Médico tratante
 - Fechas de atención

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.

Documentos a Presentar según Cobertura

Para la cobertura de primer diagnóstico de enfermedades graves

El Asegurado deberá presentar:

- a) Formulario de declaración de siniestro proporcionado por **La Positiva**.
- b) Copia del Documento de Identidad del **Asegurado**.
- c) Informe médico en el que se detalle el diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, fecha de inicio de la enfermedad, tratamientos, evolución, estado actual del **Asegurado**.
- d) Copia de todos los exámenes y pruebas médicas del **Asegurado**, relacionados con la enfermedad.
- e) Adicionalmente a lo antes referido, para los siguientes casos deberá de considerarse lo siguiente:
 - e.1) Infarto al miocardio
 - Electrocardiograma positivo para infarto miocárdico.
 - Enzimas cardíacas positivas para infarto miocárdico.
 - Ecocardiograma, holter, cateterismo cardíaco, pruebas de perfusión miocárdica u otros.(a solicitud de **La Positiva**).
 - e.2) Accidente cerebro vascular (ACV)
 - Documento(s) que sustente(n) la hospitalización cuyo registro indique una apoplejía cerebral dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
 - e.2) Cáncer
 - Original del examen histopatológico o Anátomo patológico original firmado y sellado por el médico patólogo y tratante.

Para la cobertura de invalidez permanente total por accidente:

El Asegurado deberá presentar:

- a) Formulario de declaración de siniestro proporcionado por **La Positiva**.
- b) Copia simple del documento de identidad del **Asegurado**.
- c) Original y/o copia certificada del dictamen de invalidez permanente total de la comisión médica evaluadora de incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de AFP) o COMEC (Comisión Médica de SBS) o en su defecto por la Junta Médica de los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto de Rehabilitación.
- d) Original y/o copia legalizada del Atestado Policial, de haberse realizado.
- e) Original y/o copia legalizada del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico u otro examen que corresponda en su defecto

Para la cobertura de pensión segura

El Asegurado deberá presentar:

- a) Formulario de declaración de siniestro proporcionado por **La Positiva**.
- b) Copia de la denuncia ante las autoridades policiales competentes dentro de las 4 horas posteriores al siniestro.
- c) Documento emitido por la entidad del sistema financiero, en la que acredite la fecha, hora y monto del retiro de dinero.
- d) Copia del documento de identidad del **Asegurado**.
- e) Declaración Jurada del **Asegurado**, sobre las circunstancias del siniestro.

Original y/o copia legalizada del resultado de examen toxicológico y dosaje etílico u otro examen que corresponda en su defecto