FORMATO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN DE SINIESTROS – PRODUCTO PROTECCION DE TARJETA / CUENTA PROTEGIDA

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras

Fecha de solicitud:

Marque con una X el (los) tramite(s) solicitado(s):

Muerte accidental y/o invalidez permanente total []	Gastos médicos por hospitalización []	Uso indebido de la(s) tarjeta(s) de crédito y/o débito por compras fraudulentas vía internet []
Robo de dinero con violencia en ATM, ventanilla y agentes corresponsales []	Gastos extraordinarios para la obtención de duplicado de documentos robados []	Robo de compras físicas realizadas con la tarjeta []
Uso indebido por transferencias electrónicas (vía medios digitales) []	Uso indebido de las tarjetas de débito y/o crédito por pérdida, robo o hurto en establecimientos comerciales o retiros en ATM, ventanilla y agentes corresponsales []	

Para ser completado por colaborador de Compartamos

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.

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

Datos del siniestro

1. ¿Usted es el titular de la tarjeta afectada?	SI []	NO []
2. ¿Tiene seguros de protección de tarjetas en otras entidades financieras?	SI []	¿Cuáles? NO []
3. ¿Realizó el bloqueo de la(s) tarjeta(s) Afectada(s)? Indique fecha y hora	SI []	NO []
4. ¿Realizó denuncia policial? Indique fecha y en que comisaría	Fecha: dd / / aaaa	Hora: Fecha: Comisaría:
5. ¿Qué tarjeta ha sido afectada? Indicar cuentas bancarias afectada y número de la tarjeta. En caso de ser más de una, deberá indicarla(s).		
6. ¿Cuál es la fecha en que se realizó el consumo?		
7. ¿Cuánto es el monto del reclamo?		
8. ¿Cuándo y en donde ocurrió el evento? Explique detalladamente:		

Checklist documentación requerida para atención de siniestros

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

Documentos generales (en todos los casos)	SI	NO
1. Certificado de Seguro firmado por el ASEGURADO TITULAR y/o último estado de cuenta donde se cobró la cuota de afiliación.		
2. Denuncia policial que debe incluir un detalle completo de los sucesos.		
Muerte accidental a consecuencia de asalto, robo o secuestro	SI	NO
1. Partida de Defunción.		
2. Certificado Médico de Defunción. (Anverso y Reverso)		
3. Examen Toxicológico emitido por la morgue. (Anverso y Reverso)		
4. Protocolo de Autopsia. (Anverso y Reverso)		
5. Sucesión Intestada.		
Invalidez permanente total a consecuencia del robo por asalto o secuestro	SI	NO
1. Copia simple del DNI del ASEGURADO TITULAR. (Anverso y Reverso)		
2. Dictamen de Invalidez emitidos por la Comisión Médica de MINSA, ESSALUD, EPS y/u otros documentos que la Aseguradora crea pertinentes para la evaluación. (Anverso y Reverso)		
3. Historia clínica completa fedateada del asegurado, siempre que la Compañía de seguros lo considere necesario. (Anverso y Reverso)		
Robo de dinero con violencia en atm, ventanilla y agentes corresponsales	SI	NO
1. Documento de La Financiera donde indique la fecha, hora y código del bloqueo de la tarjeta y/o tarjetas.		
2. Documento de La Financiera donde indique la fecha, monto y hora del retiro y/o retiros de dinero efectuados.		
Reembolso por uso indebido por transferencias electrónicas (vía medios digitales) y/o reembolso por uso indebido por compras fraudulentas vía internet y/o uso indebido de las tarjetas de débito y/o crédito por pérdida, robo o hurto en establecimientos comerciales o retiros en atm, ventanilla y agentes corresponsales.	SI	NO
1. Documento de Bloqueo de la Tarjeta.		
2. Estado de Cuenta donde se detalle los movimientos de la tarjeta.		
Reembolso de gastos de hospitalización	SI	NO
1. Comprobantes que sustenten el monto gastado.		
2. Certificado Médico. (Anverso y Reverso)		
Reembolso de gastos extraordinarios o robo de compras físicas realizadas con la(s) tarjeta(s) de crédito y/o débito	SI	NO
1. Comprobantes que sustenten el monto gastado.		

MAPFRE PODRÁ SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL AL ASEGURADO, EN CASO DE SER NECESARIO. ASIMISMO LOS DOCUMENTOS PODRAN SER EN ORIGINAL O COPIA SIMPLE.

IMPORTANTE: Compartamos Financiera 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)

Unidad de Siniestros
MAPFRE

Sello y V°B° de recepción
Compartamos Financiera

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.