

Solicitud de Cobertura de Siniestros

Atención: Área de Siniestros

Datos del Asegurado(a)

Nombres y Apellidos:				
Fecha de Nacimiento:		DNI / RUC / CE:		Dirección:
Día	Mes	Año		
Referencia:			Distrito	Provincia
Departamento:		Teléfonos:		Correo Electrónico:

Datos del Solicitante (en caso de que la solicitud sea presentada por un tercero)

Nombres y Apellidos:				
Fecha de Nacimiento:		DNI / RUC / CE:		Dirección:
Día	Mes	Año		
Referencia:			Distrito	Provincia
Departamento:		Teléfonos:		Correo Electrónico:

Relación con el Asegurado:

Datos Generales del Siniestro

Tipo de Seguro:		Cobertura Solicitada:		
-----------------	--	-----------------------	--	--

Documentos Presentados:

Se adjuntan los siguientes documentos(marcar en la casilla con aspa o cruz según corresponda)

1.-	<input type="checkbox"/>	Original	<input type="checkbox"/>	Fedateada	<input type="checkbox"/>	Simple	<input type="checkbox"/>	Legalizada
2.-	<input type="checkbox"/>	Original	<input type="checkbox"/>	Fedateada	<input type="checkbox"/>	Simple	<input type="checkbox"/>	Legalizada
3.-	<input type="checkbox"/>	Original	<input type="checkbox"/>	Fedateada	<input type="checkbox"/>	Simple	<input type="checkbox"/>	Legalizada
4.-	<input type="checkbox"/>	Original	<input type="checkbox"/>	Fedateada	<input type="checkbox"/>	Simple	<input type="checkbox"/>	Legalizada
5.-	<input type="checkbox"/>	Original	<input type="checkbox"/>	Fedateada	<input type="checkbox"/>	Simple	<input type="checkbox"/>	Legalizada
6.-	<input type="checkbox"/>	Original	<input type="checkbox"/>	Fedateada	<input type="checkbox"/>	Simple	<input type="checkbox"/>	Legalizada

Asimismo; solo en el caso de ser aprobado el siniestro, solicito que la indemnización me sea depositada en la cuenta

N°	, N° de CCI	de la entidad financiera
de la que soy titular.		

Autorización en caso de siniestro para el tratamiento de sus datos personales

En el marco del siniestro materia de la presente solicitud, otorgo a INTERSEGURO mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco, para el tratamiento de mis datos personales para la investigación, evaluación y la decisión que corresponda respecto del presente siniestro, en el marco del contrato de seguros que mantenemos suscrito, autorización que alcanza la posibilidad de compartir la información con las empresas del sistema financiero y del sistema de seguros, tanto directamente como a través de un tercero administrador de la información que hubiese sido designado para tal efecto con la finalidad de verificar entre otros aspectos, la existencia de concurrencia de pólizas que cubran el mismo riesgo, reconociendo expresamente que el tratamiento de mis datos personales como se establece en esta autorización es necesaria para la aprobación de la cobertura.

Evaluación del siniestro y plazos para la comunicación sobre el estado del siniestro

La recepción de la presente solicitud y de la documentación adjunta no implica la aceptación de la cobertura del siniestro. Los documentos deberán ser analizados por la Compañía, la cual deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo de la solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para la liquidación del siniestro.

En caso la Compañía requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el Asegurado o el/los Beneficiarios, deberá solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días de plazo anteriormente señalado; lo que suspenderá el plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

NOTA: es importante señalar que en el caso del seguro de Vida Ley, Seguro Obligatorio por Accidentes de Tránsito (SOAT) y Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), el plazo para el pronunciamiento de la Compañía es de setenta y dos (72) horas y diez (10) días calendario, respectivamente.

Mecanismo de Comunicación

El Asegurado o Solicitante autoriza que todas las comunicaciones necesarias para la evaluación, calificación y liquidación del siniestro sean remitidas por cualquiera de los medios consignados en este documento: correo electrónico, teléfono y/o dirección.

Firma de Ejecutiva(o)_____
Firma del Asegurado o Solicitante