

Fecha de solicitud: ____ / ____ / ____

REGISTRO DE INDEMNIZACIÓN DE SINIESTROS SEGURO AUXILIO MÉDICO

1. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR. (CAMPOS OBLIGATORIOS)		
Nombre Completo:		
DNI	Teléfono	Correo electrónico
Dirección		

2. FORMA DE PAGO EN CASO EL SINIESTRO FUESE APROBADO. (CAMPO OBLIGATORIO)																						
BANCO	TIPO DE CUENTA	TIPO DE MONEDA																				
<input type="checkbox"/> BCP	<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Soles																				
<input type="checkbox"/> Scotiabank	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Dólares																				
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Maestra (BCP)																					
NÚMERO DE CUENTA (BCP, Scotiabank) o CÓDIGO INTERBANCARIO CCI (resto de bancos). No usar guiones o separaciones.																						
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>																						
Número de dígitos por tipo de cuenta: BCP Ahorros: 14 dígitos; BCP Cuenta Corriente; Interbank: 13 dígitos; Scotiabank; 10 digitos; y Continental: 20 dígitos (0011 + 16 dígitos).																						
NOTA: La cuenta debe pertenecer al asegurado titular de la póliza.																						

Para el pago del siniestro, el asegurado titular de la póliza deberá comunicarse con la Central de Información y Consultas al (01) 513-5000, y presentar la documentación requerida.

Para solicitar la cobertura de Renta Hospitalaria:

1. Registro de indemnización de siniestros (RIS).
2. Copia de Documento de Identidad del asegurado titular de la póliza.
3. Epicrisis original, o copia con certificación de reproducción notarial, o copia fedateada por funcionario autorizado. Dicho documento deberá estar suscrito por el médico tratante.

Notas:
 (1) Para determinar la procedencia del pago del siniestro, la Compañía de Seguros evaluará toda la documentación exigida en el Certificado de Seguro. Se podrá requerir documentación adicional si, en los 20 días siguientes de presentada toda la documentación exigida, se hallan observaciones, se necesita información adicional o mayores evidencias. Una vez presentado esto último, la Compañía de Seguros se pronunciará por escrito dentro de un plazo de 30 días.

Firma del asegurado titular