

## AUGUSTAR SEGUROS Y REASEGUROS S.A.

### SOLICITUD DE COBERTURA

#### TIPO DE SEGURO CONTRATADO:

Seguro de Vida Universal

Seguro de Vida Temporal

#### DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE DEL SINIESTRO (Familiar Asegurado, Beneficiario)

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Domicilio Actual:

Departamento:

Provincia:

Distrito:

Teléfono Celular:

Teléfono Fijo:

Correo Electrónico (personal):

Correo Electrónico (laboral):

#### DATOS DEL TITULAR DEL SEGURO

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA

Tipo De Documento:

Nº Documento:

Nº de Póliza:

#### DETALLE DE COBERTURAS SOLICITADAS

##### Coberturas - Seguro de Vida Universal:

Muerte Natural

Muerte Accidental

Invalidez Total y Permanente (ITP)

Exoneración de Cargo Periódico por ITP

Enfermedades Graves

Muerte Asegurado Adicional

Invalidez Total y Permanente (ITP) para Asegurado Adicional

##### Coberturas - Seguro de Vida Temporal:

Muerte Natural

Muerte Accidental

Invalidez Total y Permanente (ITP)

Exoneración de Primas por ITP

Enfermedades Graves

## OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

### REQUISITOS DOCUMENTARIOS ANTE UN SINIESTRO

Muerte Natural / Muerte Natural Asegurado Adicional	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el(los) BENEFICIARIO(S).</li><li>✓ Copia DNI ASEGURADO.</li><li>✓ Certificado y Acta de Defunción.</li><li>✓ Copia simple del Documento de Identidad de los BENEFICIARIOS, en caso de que haya menores de edad y no cuenten con Documento de Identidad, deberán presentar Copia Certificada de su Partida de Nacimiento.</li><li>✓ En caso los BENEFICIARIOS sean los “Herederos legales”, se deberá adjuntar Testimonio del Testamento o de la Sucesión Intestada, además de copia literal de la partida donde conste inscrito definitivamente dicho acto en Registros Públicos. Estos documentos deberán tener una antigüedad no mayor a treinta (30) días.</li></ul>
Muerte Accidental	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el(los) BENEFICIARIO(S).</li><li>✓ Copia DNI ASEGURADO.</li><li>✓ Certificado y Acta de Defunción.</li><li>✓ Informe y Atestado Policial.</li><li>✓ Copia Certificada del Resultado del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.</li><li>✓ Copia Certificada de Resultado de Dosaje Etílico sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.</li><li>✓ Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.</li></ul>
Invalidez Total y Permanente / Exoneración de Cargo Periódico por ITP / Invalidez Total y Permanente para Asegurado Adicional / Exoneración de Primas por ITP	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Solicitud de Seguro llenada por ASEGURADO/ASEGURADO ADICIONAL, según corresponda.</li><li>✓ Copia DNI ASEGURADO/ASEGURADO ADICIONAL, según corresponda.</li><li>✓ Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada e Informes médicos adicionales y/o ampliatorios del ASEGURADO/ASEGURADO ADICIONAL, según corresponda.</li><li>✓ Dictamen o Certificado de Invalidez Total Permanente de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades emitida por ESSALUD o la COMAFP (Comisión médica de las AFP) y/o, por los hospitales nacionales bajo la gestión del MINSA o por el Instituto Nacional de Rehabilitación.</li></ul> <p><b><u>Si la invalidez fue originada por un Accidente:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Copia Certificada por Notario del atestado policial en caso de Accidente.</li><li>✓ Copia Certificada por Notario del examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda en caso de Accidente.</li><li>✓ Formato de la COMPAÑÍA de Declaración Médica suscrita por el médico especialista tratante, en caso la COMPAÑÍA lo requiera.</li></ul>
Enfermedades Graves	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Solicitud de Seguro llenada por Asegurado</li><li>✓ Copia DNI Asegurado</li><li>✓ Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada e Informes Médicos adicionales del ASEGURADO, determinen que el estado de salud del ASEGURADO corresponde a una Enfermedad Grave.</li><li>✓ Informe Anatómo Patológico Histológico Positivo, emitido por un Médico Especialista, para los casos de Cáncer.</li><li>✓ Electrocardiograma positivo y Enzimas cardíacas positivas para Infarto de Miocardio.</li><li>✓ Formato de la COMPAÑÍA de Declaración Médica suscrita por el Médico Especialista tratante del ASEGURADO, en caso la COMPAÑÍA lo requiera.</li></ul>

## DESEO RECIBIR LA RESPUESTA A TRAVÉS DE:

Correo electrónico

En físico (Dirección de Correspondencia)

\*Los datos proporcionados serán utilizados para cualquier comunicación que sea necesaria en la evaluación del siniestro, por ello es responsabilidad del reclamante que éstos sean verídicos y correctos, de caso contrario AuguStar Seguros y Reaseguros S.A. no se hará responsable si la documentación es remitida correctamente.

\*Los documentos enviados serán evaluados de acuerdo con el Reglamento para la Gestión y Pago de Siniestros – Resolución SBS N° 3202-2013

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

AUGUSTAR SEGUROS Y REASEGUROS S.A. tratará sus datos personales registrados en este formulario web, con la finalidad de gestionar la presente solicitud, pudiéndose como parte de esta, establecer contacto con usted vía telefónica o por correo electrónico, esto en conformidad a lo dispuesto por la Ley Nro 29733 y su reglamento. Para mayor detalle de la información, por favor consultar **nuestra política de privacidad** dentro de nuestro sitio web <https://www.augustarseguros.pe/>

Autorizo a la compañía para el tratamiento de datos personales y declaro haber leído y estar conforme con la cláusula de protección de datos personales.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha      /      /  
DD      MM      AAAA