

## Registro de Indemnización de Siniestros (RIS) - Seguro Protección de Tarjetas

Seguro emitido por Pacífico Seguros

### 1. Marca con una "X" el tipo de siniestro

| Cobertura  |  | Cobertura  |  |
|--|--|--|--|
| Uso indebido de las tarjetas BCP en cajeros automáticos y/o establecimientos comerciales por ROBO y/o HURTO y/o EXTRAVIO y/o ASALTO y/o SECUESTRO. |  | Uso indebido de las OTRAS tarjetas crédito en cajeros automáticos y/o establecimientos comerciales por ROBO y/o HURTO y/o EXTRAVIO y/o ASALTO y/o SECUESTRO. |  |
| Uso indebido de la tarjeta de débito BCP a consecuencia de FRAUDE (incluye "cambiao" y fraudes por internet).                                      |  | Gastos para la obtención de duplicado de documentos personales como consecuencia de ROBO y/o HURTO y/o EXTRAVIO y/o ASALTO y/o SECUESTRO.                    |  |
| Robo de dinero extraído del cajero automático con las tarjetas BCP.  |  | Gastos de hospitalización del asegurado como consecuencia del ROBO y/o ASALTO y/o SECUESTRO.   |  |
| Robo de compras realizadas con las tarjetas BCP.   |  | Muerte accidental del asegurado como consecuencia del ROBO y/o ASALTO y/o SECUESTRO.   |  |

Monto del siniestro: \_\_\_\_\_

Fecha del siniestro: \_\_\_\_\_

### 2. Detalle de la ocurrencia del siniestro (incluir fecha/hora y circunstancias, así como detalle de transacciones y montos):

---



---



---



---

### 3. Documentos a presentar para solicitar la cobertura

|   |
|---|
| <b>Uso indebido de tarjetas BCP y OTRAS tarjetas de crédito</b>   |
| Denuncia Policial.  |
| Documento(s) que sustente(n) el(los) movimiento(s) inusual(es), indicando la hora y fecha del(los) mismo(s), así como la constancia de bloqueo debidamente emitido por la entidad financiera. |
| <b>Uso indebido de la tarjeta de débito BCP por FRAUDE (incluye "cambiao" y fraudes por internet)</b>   |
| Denuncia Policial.  |
| Documento(s) que sustente(n) el(los) movimiento(s) inusual(es), indicando la hora y fecha del(los) mismo(s), así como la constancia de bloqueo debidamente emitido por la entidad financiera. |
| <b>Gastos para la obtención de duplicado de documentos personales</b>   |
| Detallar los documentos gestionados (incluyendo monto asumido por el asegurado).  |
| Comprobantes de gastos relacionados directamente con la reposición de dichos documentos ( <b>Solo cuando el monto asumido por todos los documentos supera los S/ 100 nuevos soles</b> ).      |
| <b>Robo de dinero extraído del cajero automático con las tarjetas BCP.</b>  |
| Denuncia Policial.  |
| Documento(s) que sustente(n) el(los) retiro(s) efectuado(s), indicando la hora y fecha del(los) mismo(s).   |
| <b>Robo de compras realizadas con las tarjetas BCP</b>  |
| Denuncia Policial.  |
| Documento que certifique la compra efectuada.   |
| <b>Gastos de hospitalización</b>  |
| Denuncia Policial.  |

|   |
|---|
| Informe médico donde se estipulen los días de hospitalización, recetas médicas, solicitud de exámenes y resultados de los mismos. |
| Documentos que certifiquen los gastos incurridos por el asegurado durante el periodo de hospitalización.                          |
| <b>Muerte accidental</b>  |
| Certificado Médico de Defunción.  |
| Partida de Defunción.   |
| Atestado Policial completo, detallando fecha y circunstancias del accidente.  |
| Protocolo de necropsia completo.  |
| Acta de sucesión intestada inscrita en registros públicos y/o testamento.   |

La recepción de los documentos por parte del Banco de Crédito del Perú (en adelante El Banco) y/o por Pacífico Seguros (en adelante La Aseguradora) no implica un pronunciamiento respecto de la conformidad de los mismos ni sobre el monto reclamado, ni que el siniestro será cubierto por La Aseguradora. En tal sentido, no se entenderá consentido el siniestro. El Banco procederá a enviar a La Aseguradora el presente formulario y la documentación que se ha solicitado para que realice la gestión de su solicitud de cobertura del seguro. La Aseguradora evaluará la documentación presentada, y en caso de encontrar observaciones o de necesitar información adicional o mayores evidencias, o de ser necesarias investigaciones adicionales, se le enviará una comunicación al cliente. Una vez presentada y aprobada toda la documentación, La Aseguradora a través de El Banco pagará al asegurado y/o beneficiario las indemnizaciones correspondientes en un plazo máximo de treinta (30) días calendario después de presentada toda la documentación.

Autorizo a La Aseguradora a solicitar al Banco aquella información que se requiera para poder concluir la revisión de la liquidación de mi siniestro ocurrido en la fecha mencionada, para esto procedo mediante la presente a dar mi autorización previa al Banco para que pueda brindar dicha información a La Aseguradora. Asimismo, autorizo al Banco a compartir con La Aseguradora la información del Asegurado que califique como "Datos Personales" conforme a la legislación de la materia, para efectos de la evaluación de su solicitud de cobertura del seguro.

Autorizo a La Aseguradora, que pueda enviar válidamente cualquier comunicación y/o notificación referido a la atención de este siniestro al correo electrónico consignado en el presente documento. En caso no se consigne una dirección electrónica se enviarán las comunicaciones por escrito al domicilio físico designado. **Si Acepto**  **No Acepto**

Frente a cualquier consulta adicional, puede comunicarse a través de los siguientes canales:

(a) Banco de Crédito del Perú: Equipo especializado en Seguros: 311-9898 \*230 o Banca por Teléfono al 311-9898.

(b) Pacífico Seguros: Central de Información y Consultas: 513-5000 o Oficina Principal: Av. Juan de Arona 830, San Isidro – Lima.

**Declaro bajo juramento que el siniestro de la referencia no fue originado por un acto, plan o consecuencia de parte del Asegurado o de quien suscribe el presente documento. No existe nada que haya sido hecho con el conocimiento o consentimiento del mismo para violar las condiciones de esta póliza o invalidarla. Asimismo, declaro que la información y documentación consignada son exactas en todas sus partes, que conozco y asumiría las consecuencias legales que implica el hacer una declaración falsa. Por todo lo expuesto, pido a ustedes revisar el caso según lo solicitado.**

**Nombres y Apellidos**

**Documento de Identidad (DNI/CE)**

**Correo Electrónico**

**Teléfono**

**Dirección: Avenida / Calle / Jirón**

**Distrito**

**Departamento**

**Número de tarjeta de crédito/débito**

**Firma**

**Fecha**