

OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA Y REASEGUROS

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: _____
Sexo: Masculino Femenino
Segundo Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA Tipo De Documento: _____ N° 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: _____
Sexo: Masculino Femenino
Segundo Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA Tipo De Documento: _____ N° Documento: _____
N° 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">✓ Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el(los) BENEFICIARIO(S).✓ Copia DNI ASEGURADO.✓ Certificado y Acta de Defunción.✓ 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.✓ 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.
Muerte Accidental	<ul style="list-style-type: none">✓ Solicitud de Cobertura debidamente llenada y suscrita por el(los) BENEFICIARIO(S).✓ Copia DNI ASEGURADO.✓ Certificado y Acta de Defunción.✓ Informe y Atestado Policial.✓ Copia Certificada del Resultado del Protocolo de Necropsia, en caso se haya realizado.✓ Copia Certificada de Resultado de Dosaje Etílico sólo en caso de accidente de tránsito y siempre que el ASEGURADO haya estado conduciendo el vehículo.✓ Resultado del examen toxicológico con resultado de alcoholemia y toxinas, en caso de haberse realizado.
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">✓ Solicitud de Seguro llenada por ASEGURADO/ASEGURADO ADICIONAL, según corresponda.✓ Copia DNI ASEGURADO/ASEGURADO ADICIONAL, según corresponda.✓ Copia de la Historia Clínica foliada y fedateada e Informes médicos adicionales y/o ampliatorios del ASEGURADO/ASEGURADO ADICIONAL, según corresponda.✓ 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. <p><u>Si la invalidez fue originada por un Accidente:</u></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Copia Certificada por Notario del atestado policial en caso de Accidente.✓ Copia Certificada por Notario del examen toxicológico y dosaje etílico, en caso corresponda en caso de Accidente.✓ Formato de la COMPAÑÍA de Declaración Médica suscrita por el médico especialista tratante, en caso la COMPAÑÍA lo requiera.
Enfermedades Graves	<ul style="list-style-type: none">✓ Solicitud de Seguro llenada por Asegurado✓ Copia DNI Asegurado✓ 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.✓ Informe Anatómo Patológico Histológico Positivo, emitido por un Médico Especialista, para los casos de Cáncer.✓ Electrocardiograma positivo y Enzimas cardíacas positivas para Infarto de Miocardio.✓ Formato de la COMPAÑÍA de Declaración Médica suscrita por el Médico Especialista tratante del ASEGURADO, en caso la COMPAÑÍA lo requiera.

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 Ohio National Seguros de Vida 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

OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA 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.ohionational.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