

OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA 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">✓ 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 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 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