

SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN- CRECER SEGUROS

Fecha de recepción:
Agencia:
Funcionario:

Por el presente documento, quien suscribe cuyos datos figuran a continuación, tengo a bien solicitarles se sirvan gestionar ante la Compañía **Creceer Seguros**, la cobertura del Seguro de Desgravamen contratada para el Crédito/Tarjeta Crédito detallado abajo, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE / SOLICITANTE

Apellidos	
Nombre(s)	
N° Documento de identidad	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:
Teléfono fijo y celular	
Domicilio	
Correo electrónico	
Parentesco con el asegurado	
Fecha del siniestro (dd/mm/aaaa)	/ /

DATOS DEL CREDITO OBTENIDO DEL BANCO FINANCIERO (Completar los datos por cada tipo de operación que el cliente tenga vigente). **LLENADO OBLIGATORIO EN AGENCIA**

Producto o Tipo de Crédito	
Número de Crédito	
Monto original del crédito o línea de crédito	
Fecha de desembolso	

Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados.	DESGRAVAMEN SALDO INSOLUTO Aplica para los productos: Hipotecario, Hipotecario Especial, Techo Propio, Mi Vivienda y Vehicular.				DESGRAVAMEN MONTO ORIGINAL Aplica para los productos: Microfinanzas, Pymes, Convenios, Vehicular GNV, PLD-Preferente.			
	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP(*) por enfermedad	ITP(*) por accidente	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP(*) por enfermedad	ITP(*) por accidente
Certificado Médico de Defunción. (original o copia legalizada). Documento completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
Partida o Acta de Defunción.(original o copia legalizada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada. (Para créditos mayores a S/.100,000 o USD.35,000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monto original y Saldo insoluto del capital a la fecha de ocurrencia del siniestro emitido por la Entidad financiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de Seguro de Desgravamen SURA (original o copia simple). En caso aplique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia.(original o copia legalizada)	-	<input type="checkbox"/>	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-
Protocolo de Necropsia.(copia simple)	-	<input type="checkbox"/>	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-
Atestado Policial Completo. (copia simple)	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple - puede estar incluido en el Atestado policial). <i>Solo para accidentes de tránsito</i>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
Dictamen o Certificado médico de invalidez emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o MINSA. (original o copia legalizada)	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testamento, Declaratoria de herederos o Sucesión intestada (original o en copia legalizada).	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-

Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados.	DESGRAVAMEN TARJETA DE CRÉDITO Aplica para las Tarjetas de Crédito: Platinum, Oro, Clásica y Carsa.			
	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP(*) por enfermedad	ITP(*) por accidente
Certificado Médico de Defunción. (original o copia legalizada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
Partida o Acta de Defunción. (original o copia legalizada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
Original o copia del Estado de cuenta de la tarjeta de crédito, a la fecha de la ocurrencia del siniestro (emitido por la Entidad financiera).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de Seguro de Desgravamen MAPFRE (original o copia simple). En caso aplique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificado de Necropsia.(original o copia legalizada)	-	<input type="checkbox"/>	-	-
Protocolo de Necropsia. (copia simple)	-	<input type="checkbox"/>	-	-
Atestado Policial Completo. (copia simple)	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico (copia simple - puede estar incluido en el Atestado Policial)	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
Dictamen o Certificado médico de invalidez emitido por COMAFP, COMEC, ESSALUD, o MINSA.(original o copia legalizada)	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por la presente, declaro y acepto que deseo recibir comunicaciones y/o notificaciones derivadas de la presente solicitud por correo electrónico. Las comunicaciones se enviarán al correo electrónico indicado al reverso de esta solicitud.
(marcar una opción) **Sí** **No**

FIRMA DEL SOLICITANTE / DECLARANTE DOC. DE IDENTIDAD:	FIRMA Y SELLO DEL FUNCIONARIO DEL BANCO

La compañía de seguros podrá solicitar documentos adicionales que a su criterio, sean necesarios para calificar el siniestro