

SOLICITUD DE COBERTURA DE MICROSEGURO PROTECCIÓN TOTAL PLAN 1 y PLAN 2 - MICROFINANZAS

Fecha de recepción:	Oficina:	Funcionario:
---------------------	----------	--------------

Por el presente documento, ante la ocurrencia de un siniestro, solicito la cobertura de mi seguro contratado con **Crecer Seguros** y adjunto los documentos obligatorios solicitados en la Solicitud-Certificado del microseguro.

DATOS PERSONALES	SOLICITANTE / DECLARANTE	ASEGURADO
Apellidos		
Nombre(s)		
N° Documento de identidad	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:
Teléfono fijo y celular		
Correo electrónico		
Dirección		
Parentesco con el asegurado		
Fecha del siniestro (dd/mm/aaaa)	/ /	/ /
Acepto recibir notificaciones y/o respuestas por correo electrónico. (marcar una opción)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
DATOS DE LA OPERACIÓN CON LA ENTIDAD FINANCIERA (Completar los datos por cada tipo de operación que el cliente tenga vigente).		
Producto		

LLENADO OBLIGATORIO EN AGENCIA

Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados.	MICROSEGURO PROTECCIÓN TOTAL – DOCUMENTOS ¹			
	Indemnización por Sepelio	Hospitalización por enfermedad	Hospitalización por accidente	Retiro Protegido ²
Documento Nacional de Identidad de EL ASEGURADO (copia simple) en tanto sea posible su obtención.	<input type="checkbox"/>	-	-	-
Partida o Acta de Defunción (copia certificada de RENIEC) o certificación de reproducción notarial. En caso, de documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.	<input type="checkbox"/>	-	-	-
Boleta o factura del centro de salud privado o público, que indique el nombre completo del ASEGURADO y periodo de hospitalización (original o certificación de reproducción notarial)	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Informe médico de la institución médica membretado que indique los días de hospitalización, diagnóstico y diagnósticos o causas relacionadas. (original).	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Informe policial completo o carpeta fiscal, Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente (copia simple).	-	-	<input type="checkbox"/>	-
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico, siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente (copia simple). (Puede estar incluido en el Atestado policial o en el Protocolo de necropsia).	-	-	<input type="checkbox"/>	-
Copia Certificada de la Denuncia Policial interpuesta dentro de las dos horas de ocurrido el siniestro, debe figurar la dirección y hora exacta del siniestro.	-	-	-	<input type="checkbox"/>
Voucher de retiro otorgado por el Contratante, donde figure fecha, hora, monto y lugar del retiro.	-	-	-	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Los documentos de procedencia extranjera deben ser visados por el consulado peruano en el país de expedición. Si el documento estuviera redactado en un idioma distinto al español, se deberá adjuntar una traducción oficial del mismo.

⁽²⁾ Solo aplica para el plan 2

Asimismo, declaro haber sido informado que la evaluación de mi solicitud se iniciará una vez que haya presentado toda la documentación exigida por la Compañía Crecer Seguros.

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