

SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS 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 Protección de Pagos, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO			
Nombres y Apellidos			
N° Documento de identidad <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:			
Domicilio actual (*)			
Teléfono fijo y celular			
Correo electrónico			
Por la presente, declaro y acepto que deseo recibir comunicaciones y/o notificaciones derivados de la presente solicitud por correo electrónico. Las comunicaciones se enviarán al correo electrónico indicado en la presente solicitud. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Ocupación / profesión			
Nombre de centro de labores		Tiempo de servicio	
DATOS DEL CRÉDITO			
Numero de crédito			
Fecha de desembolso / /			
DATOS DE LA PÓLIZA			
N° Póliza / Certificado		Fecha de ingreso a la póliza	
DATOS DEL SINIESTRO			
Fecha del Siniestro / /			
Cobertura solicitada:		<input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario. <input type="checkbox"/> Nacimiento de un Hijo. <input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal. <input type="checkbox"/> Matrimonio Civil. <input type="checkbox"/> Titulación.	

DOCUMENTOS DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS PRINCIPALES			
Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados.			
		DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TEMPORAL
Para el pago de: Primera cuota indemnizatoria del Seguro	<input type="checkbox"/>	Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido (original o copia legalizada).	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Certificación Laboral (copia simple).	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Documento de Identidad del Asegurado (copia simple).	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Convenio de Cese por Mutuo Disenso y/o de la liquidación de beneficios sociales que evidencie el pago de una indemnización, en caso corresponda (original o copia legalizada).	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	Carta o resolución de cese emitida por la empresa o institución respectivamente, o en caso de despido de facto o hecho, solo la constatación policial (copia simple).	<input type="checkbox"/>	Estado de Cuenta del Crédito (copia simple).
	<input type="checkbox"/>	Estado de Cuenta del Crédito (copia simple).		
Para el pago de: Segunda cuota indemnizatoria en adelante, del Seguro	<input type="checkbox"/>	Declaración Jurada del Asegurado de encontrarse en situación de Desempleo Involuntario.	<input type="checkbox"/>	Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
	<input type="checkbox"/>	Certificado de aportaciones a la AFP o la ONP correspondientes al mes de desempleo reclamado. En caso el Asegurado, se encuentre aportando por su cuenta a la AFP, adjuntar las constancias de pago y/o estado de cuenta emitido por la AFP donde figuren los últimos aportes realizados por el empleador. (copia simple)	<input type="checkbox"/>	Certificado médico o de Hospitalización actualizado.

DATOS DEL MEDICO TRATANTE (APLICA SOLO PARA INCAPACIDAD TEMPORAL)

Nombre y apellidos		CMP Especialidad	
(*) Distrito (Consultorio particular / Hospital / Clínica de trabajo)			
Distrito	Provincia	Departamento	
Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
Correo electrónico			

DOCUMENTOS DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES

Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados.

NACIMIENTO DE UN HIJO		MATRIMONIO CIVIL		TITULACION	
<input type="checkbox"/>	Copia simple del Documento Oficial de Identidad o la presentación en físico del referido documento del Asegurado.	<input type="checkbox"/>	Copia simple del Documento Oficial de Identidad o la presentación en físico del referido documento del Asegurado.	<input type="checkbox"/>	Copia simple del Documento Oficial de Identidad o la presentación en físico del referido documento del Asegurado.
<input type="checkbox"/>	Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Nacimiento del hijo del Asegurado.	<input type="checkbox"/>	Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) de la Partida de Matrimonio.	<input type="checkbox"/>	Original o certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada) del Grado Académico que se genere como consecuencia de la Titulación del Asegurado.

* Declaro bajo juramento que toda la información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera, exactas y se encuentran actualizadas.

* La información correspondiente a domicilio, teléfono y correo electrónico del beneficiario debe ser llenada de forma obligatoria. El declarante autoriza a Crecer Seguros para que todas las comunicaciones necesarias para la evaluación, calificación y liquidación del Siniestro sean remitidas por cualquiera de los medios consignados en este documento.

* Crecer Seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional que considere necesaria para continuar la evaluación del Siniestro. En caso Crecer Seguros requiera documentación adicional para aclarar o precisar la información presentada por el Asegurado y/o Beneficiario, deberá solicitarla dentro de los primeros veinte (20) días de recibida los Documentos Sustentatorios establecidos en el Certificado y Solicitud-Certificado, suspendiéndose el plazo hasta que se presente la documentación adicional correspondiente.

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