

Fecha de recepción:	
Agencia:	
Funcionario:	

SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO DE DESGRAVAMEN

Mediante la presente solicitud, suscribo el documento con los datos a continuación, y les solicito se sirvan gestionar ante la Compañía Crecer Seguros, la cobertura del Seguro de Desgravamen contratada para el crédito detallado abajo, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE / DECLARANTE			
Apellidos y Nombres:			
Tipo de Documento:	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de Documento:	
Teléfono fijo y celular:			
Domicilio:			
Correo electrónico:			
Parentesco con el Asegurado:		Fecha del siniestro (dd/mm/aaaa):	
DATOS DEL CRÉDITO OBTENIDO DE EDPYME ACCESO CREDITICIO Llenado obligatorio en la agencia			
Apellidos y Nombres del Asegurado:			
Tipo de Documento:	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de Documento:	
Producto o Tipo de Crédito:			
Número de Crédito:			
Monto original del crédito:		Fecha de desembolso:	
Seguro:	<input type="checkbox"/> Desgravamen Saldo	<input type="checkbox"/> Desgravamen con devolución	

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 detallado de esta solicitud. (marcar una opción) SI NO

Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados.	Muerte Natural	Muerte Accidental	ITP por Enfermedad	ITP por Accidente	Sobrevivencia
Certificado Médico de Defunción Completo (original o certificación de reproducción notarial).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-
Partida o Acta de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-
Certificado de Necropsia ¹ (original o certificación de reproducción notarial).	-	<input type="checkbox"/>	-	-	-
Protocolo de Necropsia ¹ (copia simple).	-	<input type="checkbox"/>	-	-	-
Atestado Policial completo ¹ (copia simple).	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
Dosaje Etílico y Estudio Químico Toxicológico ¹ (copia simple – puede estar incluido en el Atestado Policial).	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
Dictamen o Certificado Médico de Invalidez emitido por el Comité Médico de las AFP (COMAFP), el Comité Médico de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (COMEC), ESSALUD, o el Ministerio de Salud (MINSAs), en original o certificación de reproducción notarial.	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Copia de la Historia Clínica Foliada y Fedateada (para créditos mayores a S/.10,000 o USD 3,500).	<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 titular del derecho de crédito (original o copia simple).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Copia Simple del DNI del ASEGURADO	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>
Solicitud simple según formato entregado por LA COMPAÑÍA	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>

(1) siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

1. Declaro bajo juramento que toda la información que he proporcionado en la presente declaración es verdadera, exactas y se encuentran actualizadas.
2. 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.
3. Crecer Seguros, en caso, requiera aclaraciones o precisiones adicionales, como informes, declaraciones, certificados médicos y demás documentos adicionales relacionados a la documentación e información presentada por el ASEGURADO, CONTRATANTE O BENEFICIARIO(S) deberá solicitarlos dentro de los primeros veinte (20) días contados desde la fecha en que se completó la entrega de documentos obligatorios. Esto suspenderá el plazo para liquidar el siniestro hasta que se presente lo solicitado.

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