

**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 **Crecer Seguros**, la cobertura del Seguro de Protección de Pagos, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO			
Nombres y Apellidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N° Documento de identidad	DNI	CE	N°:
Domicilio actual (*)			
Teléfono fijo y celular			
Correo electrónico			
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 en la presente solicitud.			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI 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	/	/	

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"/>	Formulario de Declaración de Siniestros proporcionado por la Compañía.
	<input type="checkbox"/>	Liquidación de beneficios sociales y constancia del pago del beneficio por despido (original o copia legalizada).	<input type="checkbox"/>	Documento de Identidad del Asegurado (copia simple).
	<input type="checkbox"/>	Certificación Laboral (copia simple).	<input type="checkbox"/>	Copia simple de la constancia de ingresos del Trabajador independiente (copia del certificado de 4ta o 3era categoría para independientes o recibo último de honorarios o factura por servicios prestados) o la declaración jurada y documento de sustento que acredite su situación de trabajador independiente, según corresponda.
	<input type="checkbox"/>	Documento de Identidad del Asegurado (copia simple).	<input type="checkbox"/>	Certificado médico o de Hospitalización detallado, emitido por el médico tratante que acredite la situación de Incapacidad Temporal (original o copia legalizada).
	<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"/>	Historia Médica completa del Asegurado (copia fedateada) o informe médico completo (debe incluir copia del informe sucinto de la historia clínica) en original o copia de reproducción notarial.

	<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				

* 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