

**SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO DE MICROSEGURO
SALUD PLUS - 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 Microseguro Salud Plus, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE / DECLARANTE	
Nombres y Apellidos	
N° Documento de identidad	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°
Parentesco con el Asegurado	
Domicilio actual (*)	
Teléfono fijo y celular	<input type="checkbox"/> Teléfono fijo: <input type="checkbox"/> 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	
DATOS DEL MICROSEGURO SALUD PLUS	
Apellidos y Nombre(s) del Asegurado	
N° Documento de identidad	<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE N°:
Tipo de Plan	<input type="checkbox"/> Plan 1 (mensual) <input type="checkbox"/> Plan 2 (semestral) <input type="checkbox"/> Plan 3 (mensual) <input type="checkbox"/> Plan 4 (semestral)
DATOS DEL SINIESTRO	
Fecha del siniestro (DD-MM-AAAA)	/ /
Cobertura solicitada	<input type="checkbox"/> Hospitalización por Accidente <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> ITP por Accidente <input type="checkbox"/> Canasta Familiar <input type="checkbox"/> Indemnización por Diagnóstico de enfermedades graves

DOCUMENTOS DE SINIESTRO ³	Hospitalización por Accidente	Muerte Accidental	ITP por Accidente	Canasta Familiar	Indemnización por Diagnóstico de enfermedades graves ⁴
Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos ³ entregados.					
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
Partida o Acta de Defunción. (copia certificada expedida por la RENIEC o certificación de reproducción notarial).	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
Certificado de Necropsia – es el documento que contiene las conclusiones finales del fallecimiento de la persona (original o certificación de reproducción notarial). ¹	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
Protocolo de Necropsia – es el documento donde se detallan los exámenes que se realizaran al cadáver en base a los hallazgos encontrados en el cuerpo (copia simple). ¹	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-
Informe Policial Completo o Carpeta Fiscal (copia simple). ¹	<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). ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Copia Literal de la Inscripción definitiva de la Sucesión Intestada o Testamento del Asegurado ² , según	-	<input type="checkbox"/> ²	-	<input type="checkbox"/> ²	-

corresponda, expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos.					
Dictamen o certificado médico 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 (MINS), en original o en certificación de reproducción notarial.	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-
Boleta o Factura del centro de salud privado o público, que indique el nombre completo del Asegurado y período de hospitalización (original o certificación de reproducción notarial).	<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"/>	-	-	-	-
Copia de la historia clínica donde se evidencien los diagnósticos y procedimientos realizados que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la póliza (copia foliada y fedateada) o Informe médico original en formato de Crecer Seguros ⁵ .	-	-	-	-	<input type="checkbox"/> 5
Informe anatómico patológico histológico de biopsia positivo, realizado por el médico oncólogo tratante (original o certificación de reproducción notarial) <u>Aplica solo para diagnóstico de cáncer.</u>	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>

1 Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del accidente.

2 Siempre y cuando en la Solicitud-Certificado no se haya designado beneficiario.

3 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.

4 En caso el ASEGURADO fallezca durante el aviso de siniestro o solicitud de esta cobertura, se deberá presentar: Testamento, declaratoria de herederos o Sucesión intestada del ASEGURADO debidamente inscrita en los Registros Públicos (original o en certificación de reproducción notarial).

5 En caso de insuficiencia renal, la historia clínica deberá contener alguno de los siguientes exámenes: urografía excretoria, ecografía renal, dosaje de urea, creatinina, hemograma o examen de resonancia magnética.

* 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.

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