

**SOLICITUD DE COBERTURA DE MICROSEGURO ONCOLOGICO
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 Oncológico, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

DATOS PERSONALES	ASEGURADO	SOLICITANTE / DECLARANTE
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		
Acepto recibir notificaciones y/o respuestas por correo electrónico. (marcar una opción) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DATOS DE LA POLIZA		
Plan contratado : Único	Fecha de inicio de vigencia de la Solicitud-Certificado:	
DATOS DEL SINIESTRO		
Fecha del Siniestro		

DOCUMENTOS ¹ DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS PRINCIPALES Y ADICIONALES			
Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados	Muerte natural	Indemnización por cáncer	Hospitalización por cáncer
Certificado Médico de Defunción (original o certificación de reproducción notarial).	<input type="checkbox"/>	-	-
Partida o Acta de Defunción (copia certificada que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial)	<input type="checkbox"/>	-	-
Copia simple del DNI vigente de los beneficiarios o partida de nacimiento de los beneficiarios menores de edad (original que expide RENIEC o certificación de reproducción notarial), en caso no tuvieran DNI vigente.	<input type="checkbox"/>	-	-
Inscripción expedida por Registros Públicos del Testamento o declaratoria de herederos, o Sucesión intestada (original o certificación de reproducción notarial) del Asegurado, los conceptos indemnizatorios que se paguen a los herederos legales se entregan en partes iguales, salvo que haya designado beneficiarios y porcentajes específicos durante la vigencia del seguro.	<input type="checkbox"/>	-	-
Copia debidamente foliada y fedateada de Historia Clínica donde se evidencie el diagnóstico de cáncer o Informe Médico original en formato de LA COMPAÑÍA. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.	-	<input type="checkbox"/>	-
Informe Anatomopatológico histológico de biopsia Positivo realizado por el médico oncólogo tratante en original o certificación notarial. Se obtiene en el Centro Médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.	-	<input type="checkbox"/>	-
Informe médico de la institución médica o establecimiento hospitalario, en formato membretado, que indique las causas de la hospitalización, diagnóstico, tratamiento realizado, médico tratante, fechas de atención, centro de salud (original). Se obtiene en el centro médico donde el Asegurado ha tratado el diagnóstico de la enfermedad.	-	-	<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.

* 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.

* 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.

*LA COMPAÑÍA deberá pagar el siniestro o rechazarlo en un plazo máximo de veinte (20) días calendario, contados desde la entrega de la documentación obligatoria completa a LA COMPAÑÍA o al Comercializador.

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