

SOLICITUD DE COBERTURA DE SEGURO DE PROTECCION DE TARJETAS 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 Tarjetas, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO			
Nombres y Apellidos			
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 derivados de la presente solicitud por correo electrónico. Las comunicaciones se enviarán al correo electrónico indicado en la presente solicitud. ☐ SI ☐ NO			
DATOS DE LA POLIZA			
Plan contratado	☐ Plan de Protección 1	☐ Plan de Protección 2	Fecha de ingreso a la póliza / /
DATOS DEL SINIESTRO (Completar la siguiente información respecto a la tarjeta de crédito y/o debito con la que tuvo el siniestro)			
Tipo de Tarjeta	☐ Debito ☐ Credito	Entidad Financiera	☐ Banco Pichincha ☐ Otra Entidad Financiera (especificar):
Fecha del Siniestro	/ /		

DOCUMENTOS DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS PRINCIPALES					
Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados.	Uso indebido de la tarjeta por extravío y/o hurto y/o robo y/o secuestro, en cajeros automáticos o establecimientos comerciales	Uso forzado por parte del asegurado de la tarjeta en cajeros automáticos, a causa de un secuestro	Robo o hurto del dinero retirado en un cajero automático, dentro de las dos horas siguientes al retiro	Uso indebido de la tarjeta para compras y/o consumos vía internet (sólo para tarjetas del Banco Pichincha)	Compra protegida contra robo y/o asalto (sólo para tarjetas del Banco Pichincha)
Denuncia Policial (Original o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada).	☐	☐	☐	☐	☐
El(los) código(s) de bloqueo con fecha y hora.	☐	☐	☐	☐	☐
Voucher(s) donde figura la Fecha, Hora, Monto y Lugar de los consumos, compras sustraídas o retiros indebidos producto de la conducta ilícita (Original o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada).	-	☐	☐	-	☐
Estados de cuenta o extractos de movimientos donde figuren los consumos indebidos en casas comerciales o los retiros indebidos o robo del dinero retirado de los cajeros automáticos (Copia simple).	☐	☐	☐	☐	☐
Declaración Jurada de la Dirección actual y Teléfono del ASEGURADO, en formato que será proporcionado por la Compañía.	☐	☐	☐	☐	☐
Siempre y cuando se haya emitido el documento debido a la naturaleza del siniestro, copia certificada de las conclusiones del Atestado Policial o el resultado de las investigaciones policiales.	☐	☐	☐	☐	☐
Declaración Jurada – en formato entregado por la compañía - de no haber recibido indemnización de parte de otras Compañías de Seguros por el mismo siniestro reportado a la COMPAÑÍA, salvo lo establecido en la exclusión 9 de las Exclusiones Generales aplicables a todas las Coberturas de la póliza. En caso de haber presentado solicitud de cobertura a otra Compañía de Seguros por el mismo siniestro reportado a la COMPAÑÍA, deberá presentar copia de dicha solicitud (Copia Simple).	☐	☐	☐	☐	☐

DOCUMENTOS DE SINIESTRO PARA LAS COBERTURAS ADICIONALES

Marque con una "X" en el recuadro cada uno de los documentos entregados.	Muerte Accidental	Invalidez Total y Permanente	Reembolso De Gastos De Hospitalización	Reembolso Por Trámite De Documentos Perdidos	Reembolso Por Llaves O Chapas	Transferencias no autorizadas
Copia Certificada Atestado Policial completo detallando fecha y circunstancia del accidente	☐	☐	-	-	-	-
Copia de la Denuncia Policial (Original y/o copia con certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Código(s) de Bloqueo de la(s) Tarjeta(s) de Crédito y/o Débito robada(s)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acta de Sucesión Intestada o la Resolución Judicial de Declaratoria de herederos o el Testamento del asegurado (Copia certificada)	☐	-	-	-	-	-
Certificado Médico de Defunción completo (Original y/o certificación de reproducción notarial - antes copia legalizada).	☐	-	-	-	-	-
Copia Certificada del Acta de defunción.	☐	-	-	-	-	-
Certificación de Reproducción Notarial del resultado del Dosaje Etílico y toxicológico, en caso de accidente de tránsito.	☐	-	-	-	-	-
Certificado de Reproducción Notarial del Protocolo(s) de necropsia completo(s), en caso se haya realizado.	☐	-	-	-	-	-
Documentos de identidad de todos los herederos legales designados en la Sucesión Intestada, Resolución Judicial de Declaratoria de herederos o Testamento.	☐	-	-	-	-	-
Copia Fedateada del Informe Médico completo	-	☐	-	-	-	-
Original del Dictamen o Certificado de Invalidez de la Comisión Médica Evaluadora de Incapacidades del MINSA, ESSALUD o EPS o la COMAFP (Comisión médica de las AFP) y/o COMEC (Comisión médica de la SBS)	-	☐	-	-	-	-
Original o Certificación de Reproducción Notarial de las Facturas que acrediten los gastos médicos hospitalarios incurridos durante la hospitalización	-	-	☐	-	-	-
Original o Certificado de Reproducción Notarial de los Sustentos médicos de los gastos hospitalarios, si se realizaron exámenes presentar orden, resultados y receta médica.	-	-	☐	-	-	-
Declaración Jurada de la dirección actual y teléfono del ASEGURADO, en formato proporcionado por la Compañía.	-	-	☐	☐	☐	-
Documentos que sustenten los cobros efectuados por las entidades correspondientes para la emisión de los documentos de identificación de EL ASEGURADO y comprobantes de pago que sustenten la reposición de estos documentos.	-	-	-	☐	-	-
Declaración Jurada - en formato entregado por la compañía - de no haber recibido indemnización de parte de otras Compañías de Seguros por el mismo siniestro reportado a la COMPAÑIA, salvo lo establecido en la exclusión 9 de las Exclusiones Generales aplicables a todas las Coberturas de la póliza. En caso de haber presentado solicitud de cobertura a otra Compañía de Seguros por el mismo siniestro reportado a la COMPAÑIA, deberá presentar copia de dicha solicitud (Copia Simple).	-	-	-	☐	☐	-
Comprobantes de pago de los productos propios para la reposición de llaves y chapas.	-	-	-	-	☐	-
Carta simple con breve relato de los hechos en original, donde indique el monto de las transacciones no reconocidas debidamente firmado por el Asegurado.	-	-	-	-	-	☐
Copia simple de los Estados de cuenta donde figuren las transacciones no reconocidas	-	-	-	-	-	☐
Copia simple de documentos donde figure la hora real de cada una de las transacciones reclamadas	-	-	-	-	-	☐
Copia simple de la resolución o respuesta del reclamo formal presentado ante el Banco, correspondiente a las transferencias indebidas. Este documento debe contener la firma y membrete del banco.	-	-	-	-	-	☐

* 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 Creceer 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.

* Creceer Seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional que considere necesaria para continuar la evaluación del Siniestro. En caso Creceer 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 la Solicitud-Certificado o 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