

1. NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN POR EL TOMADOR

Nº DE IDENTIFICACIÓN: _____ FECHA DE RECLAMACIÓN: (DD MM AA): _____
TOMADOR DE LA POLIZA: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
Nº DE LA PÓLIZA: _____ Nº TELEFÓNICO: _____
AMPARO AFECTADO: _____ MONTO RECLAMADO: _____

2. DATOS DEL ASEGURADO:

Nº DE IDENTIFICACIÓN: _____ VENCIMIENTO ID: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
PAIS DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ PROFESION U OFICIO: _____
DIRECCION EXACTA: _____
MEDIO PARA NOTIFICACIONES: _____

3. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ CARGO DESEMPEÑADO: _____
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA: _____ TELEFONO PARA REFERENCIAS: _____
FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE SALIDA: _____
JEFE INMEDIATO: _____ FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA: _____
DIRECCION EXACTA: _____

4. FECHA DEL SINIESTRO DEL ASEGURADO:

CAUSA DEL SINIESTRO: ACCIDENTAL NATURAL DESPIDO INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE
DETALLE LA CAUSA DEL SINIESTRO: _____
LUGAR DEL SINIESTRO: _____
AUTORIDAD POLICIAL QUE INTERVINO: _____
COBERTURA AFECTADA: _____
CLÍNICA DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO: _____
ÚLTIMA FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: (DD MM AA): _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ASISTIÓ AL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO: _____

5. DOCUMENTOS APORTADOS

ORIGINAL Y COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
COPIA CERTIFICADA DEL HISTORIAL CLÍNICO DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CERTIFICACIÓN DEL SALDO DE LA DEUDA POR CONTADOR DE TOMADOR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORIGINAL Y COPIA DEL DICTAMEN MEDICO DE INCAPACIDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORIGINAL Y COPIA CARTA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CERTIFICACIÓN CCSS QUE INDIQUE FECHA INCLUSION Y EXCLUSION DE LA PLANILLA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORIGINAL VALORACION DEL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORIGINAL CARTA TERMINACION DE CONTRATO DE TRABAJO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

6. NOTA ACLARATORIA PARA EL ASEGURADO

Señor asegurado: En dado caso de no obtener respuesta satisfactoria por parte de la Aseguradora puede acudir al Centro Defensa del Asegurado (CDA), ubicado en Rohrmoser, 2° piso del Centro Corporativo La Nunziatura, 100 sur de Librería Internacional en el Bulevar de Rohrmoser, número telefónico 2520-1990 o por medio electrónico al correo mroman@aap.cr donde podrá realizar las consultas necesarias para su satisfacción. Declaro que la información suministrada por mi persona en este formulario es exacta y fidedigna, por lo que AUTORIZO ampliamente a Aseguradora del Istmo (Adisa), S.A. a verificarla por los medios que considere pertinentes, pudiendo en todo caso acceder, copiar y recopilar la información del firmante que se encuentre almacenada en bases de datos públicas y/o privadas, en sistemas o redes informáticas o telemáticas, o en contenedores electrónicos, ópticos o magnéticos

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RECLAMANTE

Nº IDENTIFICACION

POR ADISA
