

### 1. Persona que Presenta la Reclamación

Nombre:  
 Nº de Identificación: Fecha de Reclamación (DD MM AA):  
 Dirección:  
 Provincia: Cantón:  
 Distrito: Nº Telefónico:  
 Relación o Parentesco con el Asegurador:

### 2. Asegurado Afectado

Nombre del Asegurado Afectado  
 Nº de Identificación del Asegurado Afectado:  
 Fecha de Nacimiento del Asegurado Afectado (DD MM AA):  
 Nº de la Póliza:  
 Beneficiarios del Seguro:

### 3. Datos del Siniestro

Fecha del Siniestro del Asegurado (DD/MM/AA):  
 Causa del Siniestro: Accidental:  Natural:   
 Detalle la causa del siniestro:  
 Lugar del siniestro:  
 Autoridad policial que intervino:  
 Nombre del Hospital o Clínica donde fue atendido el Asegurado:  
 Última fecha de ingreso al hospital:  
 Nombre del médico que asistió al asegurado al momento del siniestro:

### 4. Documentos Aportados:

Certificado Original de Nacimiento del Asegurado:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Historial clínico del Asegurado:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Copia acta levantamiento del cadáver:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Sumaria extendida por autoridad judicial	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Documento de identificación del Asegurado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Copia de documentos de identificación de los beneficiarios:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

*“Señor asegurado: En el dado caso de no obtener respuesta satisfactoria por parte de la Aseguradora puede acudir al Centro Defensa del Asegurado (CDA), ubicado en Rohrmoser, 2º 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 del Reclamante:

Firma de Reclamante: \_\_\_\_\_

Nº de Identificación: \_\_\_\_\_