

1.PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN:

Nombre:	N° de identificación:	
Fecha de Reclamación (DD/MM/AA):		
Dirección:	Provincia:	
Cantón:	Distrito:	
Correo electrónico:	N° de teléfono:	
Relación o Parentesco con el Asegurador:		

2.DATOS DEL TOMADOR Y DE LA POLIZA:

Nombre completo del Tomador :	N° de identificación:	
Fecha de Reclamación:		
Correo electrónico:	N° de Teléfono:	
N° Póliza:	Monto Reclamado:	Amparo Afectado:
Fecha de Ingreso del Asegurado a la Póliza:		

3.DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo:		
Fecha de Nacimiento:	N° de Identificación:	Vencimiento ID:
País de Nacimiento:	Nacionalidad:	
Dirección exacta:		
Correo electrónico:	N° de Teléfono:	
Medio para recibir notificaciones:	Profesión u Oficio:	

4. DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del Siniestro del Asegurado (DD/MM/AA):		
Causa del Siniestro:	Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/>	Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/>
Detalle la causa del siniestro:		
Nombre del Hospital o Clínica donde fue atendido el Asegurado:		
Ultima fecha de ingreso al hospital:		
Nombre del médico que asistió al asegurado al momento del siniestro:		

5.DOCUMENTOS APORTADOS

Dictamen Médico decretándose la Incapacidad	SI [] NO []
Fotocopia de la cédula de identidad por ambos lados del Asegurado	SI [] NO []
Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado	SI [] NO []
Cuando se trate de un Accidente de Tránsito: Presentar el parte de la policía o del Juzgado competente	SI [] NO []
Cuando se trate de una Incapacidad Total Permanente Protocolo de Pensión, emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social	SI [] NO []
Cuando se trate de una Incapacidad Total Permanente: Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por el Departamento de Medicatura Forense del Poder Judicial	SI [] NO []
Saldo Deudor: Original de la Certificación del Contador del Tomador en la que se indique el valor del Saldo Ins: de la Deuda al momento de declararse la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.	SI [] NO []
Saldo Deudor: Original de la Certificación del Contador del Tomador en la que se indique el valor de las siguientes (12) cuotas de amortización mensuales, número de cuotas pagadas y número de cuotas pendientes correspondientes a cada uno de los Créditos del Asegurado vigentes al momento en que el médico decretó su Incapacidad Total Temporal	SI [] NO []

6. NOTA ACLARATORIA PARA EL ASEGURADO

Señor asegurado: En caso de no obtener respuesta satisfactoria por parte de la Aseguradora puede acudir al Centro Defensa del Asegurado (CDA), ubicado en Rohmoser, 2° piso del Centro Corporativo La Nunciatura, 100 sur de Librería Internacional en el Bulevar de Rohmoser, número telefónico 2291-0315 o por medio electrónico al correo clienteseguros@aa.cr donde podrá realizar las consultas necesarias para su satisfacción.

7. DECLARACION

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. Manifiesto que los dineros con los cuales adquirí los bienes a asegurar y los montos de las primas provienen de actividades lícitas y se encuentran dentro de los marcos legales. Libero de toda responsabilidad a Aseguradora del Istmo (Adisa), S.A., cuando el firmante de este documento suministre o proporcione información por error, omisión u falsedad. Por este medio me obligo con la compañía a mantener actualizada la información requerida de acuerdo a los procedimientos establecidos por la entidad. Autorizo a Aseguradora del Istmo (Adisa), S.A. a reportar, procesar, solicitar y suministrar o divulgar información, únicamente a las entidades legalmente autorizadas según lo indicado en la Ley 8968 y 8204 y sus reformas.

8.OBSERVACIONES

1. Se deberán presentar los requisitos para el trámite, ya sea en nuestras oficinas o para mayor facilidad puede realizar su gestión por medio de nuestra plataforma de servicio gestiones@adisa.cr.
2. No se tramitará ninguna solicitud con requisitos incompletos.
3. En caso de que Adisa lo considere necesario, deberá presentar el original de los documentos.
4. Para demostrar la continuidad de la Incapacidad Total Temporal, y así obtener el pago de las cuotas objeto de dicha cobertura, el Asegurado o su representante deberá presentar a la Aseguradora todos los meses Boletas de Incapacidad, las que deben indicar fecha de inicio y final de la incapacidad Temporal.

Fecha: _____

Firma del Reclamante

N° Identificación