

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 Asegurado:	

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:
Fecha de Ingreso del Asegurado a la Póliza:	
Relación o Parentesco con el Asegurado:	

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:	Accidental ☐	Natural ☐ Enfermedad ☐
Detalle la causa del siniestro:		
Lugar 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:		
En caso de Accidente Autoridad policial que intervino:		

5.DOCUMENTOS APORTADOS

Copia documento de identificación del Asegurado	SI ☐ NO ☐
Certificado de Defunción del Asegurado Expedido por el Registro Civil donde se indique la causa:	SI ☐ NO ☐
Copia certificada del historial clínico del Asegurado en caso se solicite	SI ☐ NO ☐
Copia de documentos de identificación de los beneficiarios	SI ☐ NO ☐
En el caso de Muerte Accidental adicional:	
Copia acta levantamiento del cadáver:	SI ☐ NO ☐
Copia Exament toxicologico:	SI ☐ NO ☐
Sumaria extendida por autoridad judicial:	SI ☐ NO ☐
*En el caso de cobertura por el Monto Original o Saldo Deudor del Préstamo deberá presentar: Certificación del Contador del Tomador en la que se indique el valor del Saldo Insoluto de la Deuda al momento del fallecimiento del Asegurado.	

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@aap.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.

Fecha: _____

Firma del Reclamante

N° Identificación