

FORMULARIO PARA RECLAMACIÓN RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN



NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN:			
Nº DE IDENTIFICACIÓN:		FECHA DE RECLAMACIÓN: (DD MM AA): / /	
NOMBRE DEL ASEGURADO:			
Nº DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:			
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: (DD MM AA): / /			
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO DE COBERTURA: (DD MM AA): / /			
EMAIL:		TELEFONO:	
FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: (DD MM AA): / /		HORA DE INGRESO:	
FECHA DE EGRESO DEL HOSPITAL: (DD MM AA): / /		HORA DE EGRESO:	
DETALLE LA RAZÓN POR LA QUE INGRESÓ AL HOSPITAL (ENFERMEDAD O ACCIDENTE):			
SI SE TRATA DE UN INGRESO POR ENFERMEDAD, TENÍA CONOCIMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL ASEGURADO:			
HOSPITAL DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO (NOMBRE Y CIUDAD):			
DOCUMENTOS APORTADOS:			
FOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO (DOS CARAS)	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"/>	
INFORME POLICIAL DEL ACCIDENTE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ORIGINAL Y COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ORIGINAL Y COPIA DEL ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADAVER:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ORIGINAL Y COPIA DE LAS FACTURAS DE LA CLÍNICA:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
COPIA DE LA EPICRISIS CORRESPONDIENTE A LA HOSPITALIZACION	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
ORIGINAL Y COPIA DE LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DE EL(LOS) BENEFICIARIO(S)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<p><i>"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, 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"</i></p>			

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RECLAMANTE

Nº DE IDENTIFICACIÓN