

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
