

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE

Favor de contestar cada pregunta detalladamente:

I. Información para ser completada por el reclamante o beneficiario			
Nombre completo de la persona fallecida cubierta por la póliza:			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Número de póliza		Individual:	Colectivo:
		Suma asegurada:	
Nombre completo del beneficiario 1:			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Nº identificación - Tipo de documento de identidad			
<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro
Fecha nacimiento del beneficiario 1		Día :	Mes : Año :
Relación o parentesco con la persona fallecida cubierta por la póliza			
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo (a) o dependiente	<input type="checkbox"/> Otro. Favor indicar cuál :	
Lugar de residencia del beneficiario 1 y medios para avisos o notificaciones			
País	Provincia	Cantón	Distrito
Otras señas:			
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Nombre completo del beneficiario 2:			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Nº identificación - Tipo de documento de identidad			
<input type="checkbox"/> Cédula de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de residencia	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Otro
Fecha nacimiento del beneficiario 2		Día :	Mes : Año :
Relación o parentesco con la persona fallecida cubierta por la póliza			
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo (a) o dependiente	<input type="checkbox"/> Otro. Favor indicar cuál :	
Lugar de residencia del beneficiario 1 y medios para avisos o notificaciones			
País	País	País	País
Otras señas:			
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Información sobre el fallecimiento			
Fecha del fallecimiento:	Día:	Mes:	Año:
Lugar del fallecimiento:			
Causas del fallecimiento:			
Favor especificar si la muerte fue: <input type="checkbox"/> Muerte natural <input type="checkbox"/> Muerte accidental <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio			

Domicilio del asegurado al momento del fallecimiento:				
En caso de que el fallecido posea seguro de vida con otra (s) compañía (s) de seguros, favor indicar				
Nombre de la compañía	Dirección de la compañía	Número de póliza		
Indicar médicos, clínicas u hospitales que trataron al fallecido durante la última enfermedad y los 5 (cinco) años anteriores				
Nombre del médico, clínica, hospital	Dirección del médico, clínica, hospital	Enfermedad o condición		
Para poder tramitar cualquier indemnización por muerte, los beneficiarios deben presentar los requisitos indicados en el formulario "PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SEGUROS, AVISO DE SINIESTRO Y RECLAMOS", en el punto B) inciso del 1 al 5.				
AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE EXPEDIENTES MÉDICOS Y ADMINISTRATIVOS				
Yo _____ N° de identificación _____,				
en calidad de beneficiario y _____ del Asegurado (a): _____				
_____, autorizo a los técnicos o profesionales, que ASSA Compañía de seguros, S.A. designe, para consultar, recopilar, obtener copia y/o reproducir la información contenida en los expedientes del asegurado en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social, así como de otra institución, persona o entidad privada, gubernamental o pública, que tenga información del Asegurado (a) indicado. Dicha información se requiere para el trámite del reclamo por fallecimiento.				
<u>Firma del beneficiario</u>	<u>L u g a r</u>	<u>Fecha de autorización</u>		
		Día	Mes	Año