

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR MUERTE**

Favor de contestar cada pregunta detalladamente:

<b>I. Información para ser completada por el reclamante o beneficiario</b>			
Nombre completo de la persona fallecida cubierta por la póliza:			
Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Número de póliza		Individual:	Colectivo:
		Suma asegurada:	
<b>Nombre completo del beneficiario 1:</b>			
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:	
<b>Nombre completo del beneficiario 2:</b>			
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:	
<b>Información sobre el fallecimiento</b>			
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:				
<b>En caso de que el fallecido posea seguro de vida con otra (s) compañía (s) de seguros, favor indicar</b>				
Nombre de la compañía	Dirección de la compañía	Número de póliza		
<b>Indicar médicos, clínicas u hospitales que trataron al fallecido durante la última enfermedad y los 5 (cinco) años anteriores</b>				
Nombre del médico, clínica, hospital	Dirección del médico, clínica, hospital	Enfermedad o condición		
<b>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.</b>				
<b>AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE EXPEDIENTES MÉDICOS Y ADMINISTRATIVOS</b>				
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