

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN SEGURO DE VIDA COLECTIVO	FORMATO		
	CÓDIGO	C-VT-18/219	
	EDICION	12.09.2012	

POLIZA N° _____ TOMADOR: _____	FECHA DE INGRESO A POLIZA: _____	SEGURO EN COLONES 
-----------------------------------	----------------------------------	---

NOMBRE DEL ASOCIADO:	CEDULA DE IDENTIDAD:
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:	CEDULA DE IDENTIDAD:
TELEFONO DE HABITACION:	TELEFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIONES:	

Cobertura Afectada:	☐ Muerte No Accidental	☐ Muerte Accidental	☐ Incapacidad Total y permanente	☐ Gastos Funerarios
En mi calidad de ☐ EL BENEFICIARIO ☐ EL ASEGURADO, presento solicitud de indemnización según el siguiente detalle, para lo cual, además de la <u>fotocopia de la identificación</u> del ☐ Asegurado, del ☐ Beneficiario (o ☐ constancia de nacimiento en caso de beneficiarios menores de edad), presento:				

Si la solicitud de indemnización es a causa de muerte del Asegurado:
☐ Certificado de defunción expedido por el Registro Civil en el que se indica la causa de la muerte del Asegurado.
☐ Certificación del acta de defunción expedida por la autoridad competente del país donde falleció. (**)
La documentación y la nota técnica de los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros:
☐ Certificación del documento de cremación o sepultura en el país donde falleció (en caso de existir). (**)
(**) Estos documentos deben entregarse con la certificación consultar y en idioma español.
Si la muerte fue por causa accidental, adicionalmente anexo:
☐ Copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología, sea que hay muerto en Costa Rica o en el extranjero.

Si la solicitud de indemnización es a causa de incapacidad total y permanente, anexo:
☐ Certificado médico de tal incapacidad emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social u órgano o médico colegiado, en el que se manifiesta claramente:
• Porcentaje de pérdida de la capacidad orgánica y funcional del Asegurado. • Diagnóstico sobre los eventos que provocaron dicha incapacidad. • Que la misma no está sujeta a revisión.
Nota: En caso de que la incapacidad fue provocada por accidente y si lo hubiere, el Asegurado debe aportar copia certificada del expediente judicial donde se consigne la descripción del evento y los resultados de los exámenes de toxicología.

Si la solicitud de indemnización es a causa de incapacidad total y permanente, manifiesto y entrego:
☐ Doy por cumplidos los requisitos para trámite de indemnización por muerte, cualquiera que sea su causa.
☐ Facturas de cancelación de sepelio.

Para los efectos de trámite de este reclamo en mi calidad de Asegurado autorizo al funcionario acreditado por MAPFRE SEGUROS COSTA RICA, S. A. para el ejercicio de esa función para que en un plazo de tres meses a partir de la fecha pueda consultar, recopilar y obtener copia de toda información médica sobre mi persona disponible en los registros de cualquier centro hospitalario clínica o consultorio, tanto públicos como privados que considere necesaria para valorar la admisibilidad de esta reclamación incluidos los datos de la sumaria de invalidez. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE SEGUROS COSTA RICA S. A. que el uso de la información obtenida está circunscrito estrictamente al proceso de tramitación de este reclamo. Por tanto únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por Analistas de Reclamos de MAPFRE SEGUROS COSTA RICA S.A. En razón de su naturaleza MAPFRE SEGUROS COSTA RICA deberá garantizar la debida custodia confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.

FIRMA RESPONSABLE:	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	FIRMA EN:
☐ ASEGURADO ☐ BENEFICIARIO (O TUTOR SI ES MENOR DE EDAD)		_____ EL: _____

La documentación y la nota técnica de los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros: Seguro de Vida Mapfre Colectivo P14-26-A03-309 de fecha 23 de enero del 2012 / P14-26-A03-310 de fecha 23 de enero del 2012
--