

SAGICOR COSTA RICA

FORMULARIO DE INDEMNIZACIÓN - COBERTURA DE MUERTE

Nombre del Tomador: _____

Cédula Jurídica: _____ Número de Póliza: _____

Nombre y Apellidos del Asegurado: _____

Número de Identificación del Asegurado: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Nombre y Apellidos del Beneficiario: _____

Número de Identificación: _____ Teléfono Residencia: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono Celular: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Profesión: _____

DOMICILIO:

País: _____ Cantón: _____

Provincia: _____ Distrito: _____

Dirección exacta: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

Nombre de la Empresa o Negocio: _____

Cargo que desempeña: _____

Dirección: _____

FECHA DEL EVENTO: ____/____/____ TIPO DE MUERTE: No-Accidental Accidental

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- Identificación del Asegurado.
- Identificación del Beneficiario.
- Certificado de defunción.
- Declaración de un médico sobre la causa de la muerte.
- Epicrisis con fecha de primer diagnóstico

INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA:

Cuenta IBAN* (22 dígitos): _____

*Cuenta bancaria en la que se realizará el depósito en caso de que se apruebe el pago de la indemnización. Sólo se realizará el depósito a una cuenta bancaria registrada a nombre del beneficiario.

Declaro que la información suministrada por mi persona en este formulario es exacta y fidedigna, por lo que AUTORIZO ampliamente a Aseguradora Sagicor Costa Rica 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. Libero de toda responsabilidad a la Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A., cuando el firmante de este documento suministre o proporcione información por error, omisión u falsedad. Autorizo a la Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A., a reportar, procesar, solicitar y suministrar o divulgar información, únicamente a las entidades legalmente autorizadas según lo indicado en la Ley 7786 y sus reformas.

Firma del Beneficiario:

Fecha: