

# 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: