

SAGICOR COSTA RICA

Anexo 6: Formulario de Indemnización (Muerte por Cualquier Causa & Muerte Accidental)

SAGICOR COSTA RICA

FORMULARIO DE INDEMNIZACIÓN DE COBERTURA - MUERTE

NOMBRE DEL TOMADOR:

NRO. DE PÓLIZA DEL TOMADOR:

NOMBRE COMPLETO: _____

IDENTIFICACIÓN: _____

CÉDULA JURÍDICA:

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

FECHA DEL EVENTO: _____

TIPO DE MUERTE: NO-ACCIDENTAL ACCIDENTAL

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

SUMA SOLICITADA: _____ COLONES COSTARRICENSES

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- Identificación del Asegurado.
- Identificación del Beneficiario.
- Certificado de defunción.
- Declaración de un médico sobre la causa de la muerte.

EN CASO DE QUE SE APRUEBE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, POR FAVOR REALIZAR EL DEPÓSITO DEL PAGO EN:

Cuenta Cliente - SINPE (17 dígitos): _____

Entidad Financiera: _____

Cuenta a nombre de: _____

Número de Identificación: _____

Información de Contacto, potenciales Beneficiarios Adicionales*

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Nombre Completo: _____ Teléfono: _____ Email: _____

*Aseguradora Sagikor validará la información e intentará contactar a los Beneficiarios Adicionales únicamente en caso que los mismos se encuentren registrados como beneficiarios activos. Es recomendable igual invitar a estas personas a iniciar su propio trámite de Indemnización.

Firma
Fecha
Nombre del Beneficiario
Identificación