

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

(Aplica para los seguros: Plan Protección Familiar, Vida Segura, Seguro de Protección Familiar, Seguro de Protección Familiar Plus)

POLIZA NO.

TIPO DE SEGURO:

Señores
Seguros del Magisterio S.A.

Suministro los datos pertinentes con el propósito de que se analice mi solicitud de Incapacidad Total y Permanente, de acuerdo a lo establecido en el contrato.

1. NOMBRE DEL ASEGURADO:		2. NO. DE IDENTIFICACIÓN:	
3. INCAPACITADO DESDE (FECHA DE PENSIÓN):		4. INSTITUCIÓN QUE LO INCAPACITÓ:	
5. CAUSA DE LA INCAPACIDAD (PADECIMIENTO QUE INCAPACITA):			
6. FECHA DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS:			
7. HOSPITALES Y CLÍNICAS DE LA C.C.S.S. DONDE FUE ATENDIDO:			
8. MÉDICOS PARTICULARES QUE LE HAN ATENDIDO:			
9. DIRECCIÓN EXACTA DE LA CASA DE HABITACIÓN:			
PROVINCIA:	CANTON:	DISTRITO:	
10. TELÉFONOS RESIDENCIA:	CELULAR:	TELÉFONO ADICIONAL:	
11. APARTADO POSTAL:		12. CORREO ELECTRÓNICO:	
LUGAR Y FECHA:		FIRMA Y NO. DE CEDULA DEL RECLAMANTE:	

Además, autorizo a los médicos, hospitales, clínicas, y laboratorios públicos y privados que me han atendido, para que suministren a Seguros del Magisterio, S.A., las informaciones que ésta requiera en relación con el beneficio que solicito, relevándolas de cualquier prohibición legal que exista sobre la revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona.

Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser tan efectiva y válida como el original.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE PARA TRAMITAR ESTA SOLICITUD:

- ☐ Original y fotocopias de la cédula de identidad del asegurado.
- ☐ Constancia de Incapacidad/Pensión vigente, extendida por el organismo competente (CCSS, JUPEMA, MTSS, etc.)
- ☐ Carta de cesantía o acción de personal extendida por su último patrono.
- ☐ Historias Clínicas de los centros médicos donde fue atendido el asegurado, fuera del Área Metropolitana.
- ☐ Otros a juicio del funcionario de Seguros del Magisterio S.A.