

****El formulario debe cumplimentarse con letra legible y con un solo color de tinta.**

Número de póliza:

Monto Asegurado:

Cobertura Solicitada

Nombre del asegurado:

Número de cédula:

Profesión u oficio:

Teléfonos:

E-mail:

Forma de Pago:

Cuenta IBAN: CR

Detalle del accidente y lesiones sufridas

Lugar del accidente:

Fecha del accidente:

Descripción detallada:

Testigo del accidente:

Teléfonos:

Detalle de la atención médica recibida

Nombre del Médico:

Teléfono

Dirección del Médico:

Lugar de Hospitalización:

Fecha de Hospitalización:

Incapacidad desde:

Hasta:

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento, y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a todos los hospitales y cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros del Magisterio S.A.

Queda entendido y convenido que cualquier declaración falsa, inexacta o referencia que se determine en el presente informe del siniestro, faculta a Seguros del Magisterio S.A. a rechazar esta solicitud, y si fuera el caso anular la cobertura de la póliza.

Fecha:

Nombre del reclamante:

Requisitos del Reclamo

Copia de la Cédula

Declaración del médico(formulario)

Factura electrónica o timbrada

Recetas y / o prescripciones médicas

Referencia para exámenes y / o terapia física

Sumaria del accidente o expediente del caso

Certificación de la incapacidad

Otros según lo solicitado