



## CHECK LIST – Reclamos Vida y Accidentes

### Coberturas por Incapacidad:

- Beneficio adicional de Anticipación de suma asegurada en caso de incapacidad total y permanente BIAC.

¿CONTINUIDAD DE RECLAMO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NUMERO DE TRAMITE _____ # RECLAMO _____
¿DOCUMENTOS COMPLETOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENTREGADO POR: CLIENTE <input type="checkbox"/> CORREDOR <input type="checkbox"/>

### Requisitos Generales:

- Declaración del Médico Tratante.
- Perfil del Beneficiario Final
- Fotocopia de cedula vigente del asegurado.
- Número de teléfono
- Resumen clínico, epicrisis médica, exámenes y dictamen de Incapacidad Total y Permanente, emitido por un médico especialista que indiquen el grado de incapacidad del asegurado. En los casos que el asegurado este afiliado al INSS y haya realizado la gestión por incapacidad ante dicha instancia, podrá presentar copia del Certificado de la resolución del INSS.

### Documentos adicionales en caso de que aplique:

- Copia de la Cédula de Identidad del Representante Legal de “EL ASEGURADO” y el poder especial de representación, cuando “EL ASEGURADO” no estuviere en capacidad de reclamar por sí mismo.
- Certificado y/o Constancia Policial, en caso de que “EL ASEGURADO” quede incapacitado a consecuencia de un accidente o un delito.
- Dictamen Médico Legal, en caso de que “EL ASEGURADO” quede incapacitado a consecuencia de un accidente o un delito.

### Datos del Asegurado:

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cuenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE PAGOS VÍA TRANSFERENCIA

Autorizo a Seguros América a realizar desembolsos por reclamos vía transferencia electrónica de fondos a la cuenta bancaria abajo descrita, en lugar de emitir cheque.

Banco: Bac Credomatic  Avanz  Banpro  Ficohsa  BDF  LAFISE Bancentro

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ Moneda: dólares  córdobas

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_

Cedula del asegurado: \_\_\_\_\_