



## Requisitos para la presentación de reclamo

### SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES

#### **COBERTURA: ENFERMEDADES GRAVES - DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ**

- Formulario
- Documento de identidad
- Copia de epicrisis
- Historial médico

#### **COBERTURA: RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE**

- Formulario
- Documento de identidad
- Copia de la epicrisis que indique diagnóstico con fecha de ingreso y salida
- Copia del historial clínico

#### **COBERTURA: MUERTE A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE**

- Formulario
- Documento de identidad
- Copia de epicrisis
- Historial médico
- Certificado de defunción emitido por el Registro Civil que indique la causa del deceso
- Copia de documento de identidad de los beneficiarios

NOTA: En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente, o bien, con el trámite de Apostillado respectivo.

La Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional ENVIAR LOS REQUISITOS AL CORREO ELECTRÓNICO [reclamosautoexp@assanet.com](mailto:reclamosautoexp@assanet.com)

**MEDIOS DE CONSULTA**  
**TELEFONO:** 2503-2735  
**FAX:** 2503-2797  
**CORREO:** [reclamosautoexp@assanet.com](mailto:reclamosautoexp@assanet.com)



**TRAMITACIÓN DE RECLAMOS  
SEGURO AUTOEXPEDIBLE DE ENFERMEDADES GRAVES**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de cédula: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de cuenta cliente (17 Dígitos): \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

Tipo de siniestro (marque con una x):

- ( ) Diagnóstico por primera vez de una enfermedad grave
- ( ) Renta diaria por hospitalización a causa de una EG
- ( ) Muerte por una enfermedad grave

Fecha del evento: \_\_\_\_\_ Hospital o clínica: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

- **En caso de ser beneficiario, sírvase llenar el siguiente apartado:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco con el asegurado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de defunción del asegurado: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Requisitos:**

**DIAGNÓSTICO POR PRIMERA VEZ DE UNA ENFERMEDAD GRAVE:** Formulario, documento de identidad, copia de epicrisis, historial médico.

**RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE:** Formulario, documento de identidad, copia de la epicrisis, copia del historial clínico.

**MUERTE A CAUSA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE:** Formulario debidamente lleno, copia de cédula, copia del Diagnóstico o epicrisis, historial médico y certificado de defunción emitido por el Registro Civil que indique la causa del deceso, copia de documento de identidad de los beneficiarios.

**La Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional ENVIAR LOS REQUISITOS AL CORREO ELECTRÓNICO [reclamosautoexp@assanet.com](mailto:reclamosautoexp@assanet.com)**