

AUTORIZACION PARA CONSULTA DE EXPEDIENTES

PARA EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO Y TRAMITE DE RECLAMOS

Nombre del producto: _____

Yo _____ portador (a) de la identificación No. _____, en calidad de: Solicitante o Asegurado Principal: _____
Dependiente: _____ Beneficiario: _____, autorizo expresamente y en forma inequívoca a los funcionarios que ASSA Compañía de Seguros, S.A. Costa Rica designe, para consultar, recopilar y obtener una copia de toda la información contenida en los expedientes del solicitante o asegurado en cualquier centro hospitalario, clínica o consultorio ya sea privado o perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social. Así como de otra institución, persona o entidad privada, gubernamental o pública, que tenga información del Asegurado (a) indicado. Dicha información se requiere para el proceso de aseguramiento y trámite del reclamo.

Si corresponde a una declaración de invalidez, autorizo la revisión y recolección de los datos de la sumaria de invalidez, ya sea de la Caja Costarricense del Seguro Social o de cualquier otra entidad que la haya otorgado. Lo anterior cuando dicha información se requiera en el proceso de Selección de Riesgos (cuando corresponda) o para el trámite de cualquier reclamo interpuesto por mí o por parte de mis beneficiarios en caso de fallecimiento.

En caso de que el solicitante o el asegurado sea menor de edad, el suscrito autoriza la revisión de los expedientes a nombre de: _____, cuyo parentesco con mi persona es: _____.

Fecha:	Nombre:	Firma y N° de identificación
--------	---------	------------------------------