

**SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR:**  
**( ) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Ò**  
**( ) ENFERMEDAD TERMINAL**

**Seguro Colectivo Vida Universal Plus N° VU-Plus -001 del**  
**Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica**



**1. INFORMACIÓN SOBRE EL/LA AGREMIADO/A:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
No. de Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ No. Colegiado/a: \_\_\_\_\_  
Fecha de incorporación al Colegio: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Fecha de declaratoria de incapacidad o enfermedad terminal: \_\_\_\_\_

**2. SOBRE LOS HECHOS DE LA INCAPACIDAD O ENFERMEDAD TERMINAL**

Diagnóstico (s) médico (s) (según se detalla en el Certificado Médico) \_\_\_\_\_

En cuáles centros hospitalarios es/fue atendido: \_\_\_\_\_

**Si la incapacidad o estado terminal fue accidental favor llenar las siguientes preguntas:**

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Lugar de los hechos: \_\_\_\_\_

Hospital o clínicas donde fue atendido: \_\_\_\_\_

Detalle de lo ocurrido: \_\_\_\_\_

(si es necesario agregue escrito o documentación adicional)

Firma del agremiado/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**3. DATOS Y FIRMA DE PARIENTE O PERSONA QUE PRESENTA TRÁMITE, CUANDO EL AGREMIADO/A TIENE ALGÚN IMPEDIMENTO MEDICO PARA HACERLO**

Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Céd. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: Hab. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_

Parentesco/relación con colegiado/a: \_\_\_\_\_

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

**4. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR E INFORMACION GENERAL RELEVANTE:**

- A. Dos fotocopias de cédula y carné del colegiado y de quien tramita la gestión
- B. Original y fotocopia de Certificado Médico o documento sobre la incapacidad o enfermedad terminal
- C. Formulario de Autorización de Consulta de Expedientes Médicos debidamente firmado por el familiar
- D. A los interesados se les recuerda que el BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL es un adelanto del MONTO DE POLIZA DE VIDA, por tanto, al pagarse, se extingue la cobertura de póliza de vida.
- E. Para mayor detalle de beneficios, ver contrato del seguro VU-Plus 001 y otros documentos informativos en la web del Colegio [www.abogados.or.cr](http://www.abogados.or.cr), sección Seguridad Social.

**INFORMACIÓN:** OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA, TEL. 2202-3635 y 2280-7775, AGENTES DE SEGUROS DEL INS DR. HUGO QUESADA M. – ING. ANA ERIKA OSES C. – LICDA. ERIANT QUESADA O. – LICDA. ANA E. QUESADA O., correo [insabogados@abogados.or.cr](mailto:insabogados@abogados.or.cr) Horario: L-V, 8 am a 5 pm.

Nombre y firma de quien recibe en la Oficina \_\_\_\_\_

Fecha y hora de recibido en la Oficina: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Notas: \_\_\_\_\_