FORMULARIO DE RECLAMO

SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO E INCAPACIDAD TEMPORAL

Póliza #

Nombre del Asegurado: _____

Cédula: _____ Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): _____ Edad: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono Residencial: _____ Celular _____ Apartado Postal: _____

Número de Seguro Social. _____

Reclamo por Desempleo:

Nombre y dirección de la Empresa: _____

Tiempo Laborado: _____ Fecha de cesación de labores (dd/mm/aa); _____

Datos del Empleador

Tiempo Laborando Allí _____

Día/ Mes / Año de Salida _____

_____

COBERTURA DE DESEMPLEO — Documentación a Presentar:

a) Carta de despido con la firma de recibido o documento de mutuo acuerdo
b) Copia de Cédula y ultima ficha del Seguro Social
c) Original del detalle del cálculo de la indemnización
d) Copia del cheque o talonario con el cual se hace efectivo el pago de la indemnización
e) Copia del ultimo estado de cuenta
f) Constancia de No Cotización emitida por la Caja del Seguro Social. Dicha información la deben solicitar Atención al cliente, Edificio Bolívar, Vía Transismica. Presentar trimestralmente como requisito probatorio para continuar recibiendo el Beneficio si el desempleo se extiende por un periodo superior a los tres meses.
g) Para casos de mutuo acuerdo cualquier otro documento en donde se compruebe que este incluye el pago de una indemnización, compensación o cualquier pago discrecional realizado.
Cualquier otro documento que la compañía estime conveniente.

Reclamo a causa de Incapacidad Temporal:

Causa de la Incapacidad: _____

Fecha de Inicio de la Incapacidad (dd/mm/aa: _____ Duración de la Incapacidad: _____

Centro donde recibió la atención: _____ Médico Tratante: _____

COBERTURA DE INCAPACIDAD – Documentos a Presentar:

a) Copia de Cédula.
b) Certificado de Incapacidad Parcial, donde detalle la causa y el periodo de la misma.
C) Estados de Cuentas anteriores y posteriores a la fecha de la Incapacidad.
d) Cualquier documento que la compañía estime conveniente.

_____ _____

E1 Asegurado Fecha