

Este formulario debe ser completado por el Asegurado y debe ser enviado a Pan American Life, S.A. Seguros de Personas, Por suministrar este formulario e investigar la reclamación, la Compañía no quedará obligada a reconocer la validez de ninguna reclamación ni a hacer exención de ninguna condición de la póliza.

SECCION QUE SE DEBE COMPLETAR POR EL BENEFICIARIO POR DESEMPLEO

1. Nombre del Contratante _____ Póliza No. _____
2. Nombre del Asegurado _____
3. No de DUI _____ No de teléfono _____
4. Dirección de correo electrónico _____
5. Dirección de domicilio _____
6. Nombre de la Empresa donde laboraba _____
7. Fecha de ingreso a la empresa _____ Puesto desempeñado _____
Día / Mes / Año
8. Es usted propietario o co-propietario de dicha empresa? _____
Si / No
9. Fecha de terminación de la relación laboral _____ Último día laborado _____
Día / Mes / Año Día / Mes / Año
10. Causa de terminación de la relación laboral: _____

11. Labora usted actualmente para otra empresa o ejerce como trabajador independiente? _____
Si / No

RECLAMO A CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Causa de la incapacidad _____

Fecha de Inicio _____ Duración de la Incapacidad _____
Día / Mes / Año

Nombre del Médico Tratante: _____

Clínica u hospital donde recibió la atención _____

Fecha _____ Firma del Asegurado: _____
Día / Mes / Año

12. A este formulario debe adjuntarse lo siguiente:

- a) Carta de despido en original, copia certificada de la misma, o cotejo de original con copia por parte del Contratante;
- b) Copia de DUI vigente;
- c) Estado de cuenta del Crédito del mes previo a la fecha de efectividad del desempleo o incapacidad parcial;
- d) Historial emitido por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) que abarque las cotizaciones registradas a nombre del Asegurado para ese régimen durante el período de desempleo en donde se verifique que no ha habido aportaciones.
- e) En caso de incapacidad temporal, deberá presentar el certificado de incapacidad temporal, así como cualquier documentación que la Compañía considere conveniente.

Nombre y Firma del Funcionario que tramita

Agencia