

NOMBRE DEL CONTRATANTE / ACREEDOR: _____

POLIZA COLECTIVA No.: _____

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO:

Nombre del Asegurado: _____

Cédula No.: _____ o Pasaporte No. _____ Nacionalidad: _____

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa):

Dirección Residencial del Asegurado: _____

Teléfono Residencial: _____ Celular: _____ Apartado Postal: _____

Préstamo No.: _____ Tipo de Préstamo: _____

Tarjeta de Crédito No.: _____

RECLAMO A CAUSA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:

Nombre de la Empresa donde Laboraba Actualmente: _____

Fecha de Inicio en el Trabajo (dd/mm/aa):

Fecha de Cese de Labores (dd/mm/aa): Tiempo Laborado: _____

Detalle de Empleos Anteriores al Actual

Nombre de la Empresa	Tiempo Laborado	Fecha de Salida (dd/mm/aa)
1. _____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. _____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. _____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

COBERTURA DE DESEMPLEO – Debe adjuntar la siguiente documentación:

- a) Carta de despido con la firma de recibido, conforme o inconforme por el empleado asegurado
- b) Copia de Cédula y última 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) Estados de Cuenta anteriores y posteriores a la fecha de despido
- f) Cualquier documento que la compañía estime conveniente.
- g) Constancia de No Cotización emitida por la Caja del Seguro Social. Dicha información la deben solicitar Atención al cliente, Edificio Bolívar, Vía Transistmica. Presentar trimestralmente como requisito probatorio para continuar recibiendo el Beneficio si el desempleo se extiende por un período superior a los tres meses.
- h) Para casos de mutuo acuerdo cualquier otro documento en donde se compruebe que este incluyó el pago de una indemnización, compensación o cualquier pago discrecional realizado en exceso de los derechos adquiridos en favor del trabajador

RECLAMO A CAUSA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:

Causa de la Incapacidad: _____

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

Nombre del Médico Tratante: _____

Clínica u Hospital donde recibió la atención: _____

COBERTURA DE INCAPACIDAD – Debe adjuntar la siguiente documentación:

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

Firma del Asegurado

Fecha