

SAGICOR COSTA RICA

FORMULARIO DE INDEMNIZACIÓN - DESEMPLEO O INCAPACIDAD TEMPORAL PROLONGADA

Nombre y Apellidos del Asegurado: _____

Identificación del Asegurado: _____ Número de Certificado: _____

Nacionalidad: _____ Teléfono Residencia: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono Celular: _____

Profesión: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

DOMICILIO:

País: _____ Cantón: _____

Provincia: _____ Distrito: _____

Dirección exacta: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

Nombre de la Empresa o Negocio: _____

Cargo que desempeña: _____

Dirección: _____

TIPO DE INDEMNIZACIÓN:

*DESEMPLEO **INCAPACIDAD TEMPORAL PROLONGADA

DOCUMENTOS ADJUNTOS GENERALES:

Identificación del Asegurado.

*Desempleo en caso de Asalariados:

Copias de los comprobantes de los salarios pagados en los últimos seis (6) meses, o en su defecto, constancia emitida por patrono de los últimos seis (6) meses pagados.

**Incapacidad Temporal Prolongada en caso de Asalariados y Profesionales Independientes:

Certificación médica por un doctor de la República de Costa Rica, o boleta de incapacidad emitida por la C.C.S.S, que detalle la incapacidad sufrida, el período de incapacidad, y el diagnóstico de la misma.

DOCUMENTOS ADJUNTOS ESPECÍFICOS:

*DESEMPLEO

En caso de Asalariados:

Carta de Despido del patrono en cuestión, donde se indique si se trata de un despido con o sin responsabilidad.

Estudio de salarios de la C.C.S.S.

En caso de Empleado Copropietario:

Presentar adicionalmente una copia del expediente judicial en el cual se decretó la quiebra de la empresa.

** INCAPACIDAD TEMPORAL PROLONGADA

Para Profesionales Independientes:

SAGICOR COSTA RICA

- Certificación de Contador Público Autorizado sobre los ingresos percibidos en los últimos 6 meses.
- Constancia emitida por la Dirección General de Tributación, donde conste que el Asegurado está inscrito como Profesional Independiente.
- Declaración del Asegurado adonde detalle los motivos por los que en dicho periodo no percibe remuneraciones adicionales como Profesional.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA:

Cuenta IBAN* (22 dígitos): _____

*Cuenta bancaria en la que se realizará el depósito en caso de que se apruebe el pago de la indemnización. Sólo se realizará el depósito a una cuenta bancaria registrada a nombre del beneficiario.

En caso de que obtenga un nuevo trabajo o empiece a cotizar como Profesional Independiente, deberá notificar en un plazo no mayor a 3 días hábiles a esta Aseguradora para finalizar el pago de la indemnización de forma inmediata. De faltar dicha notificación, se le podrá exigir la devolución de todo pago realizado posteriormente a la fecha en que obtuvo su empleo o empezó a cotizar como Profesional Independiente.

Declaro que la información suministrada por mi persona en este formulario es exacta y fidedigna, por lo que AUTORIZO ampliamente a Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A., a verificarla por los medios que considere pertinentes, pudiendo en todo caso acceder, copiar y recopilar la información del firmante que se encuentre almacenada en bases de datos públicas y/o privadas, en sistemas o redes informáticas o telemáticas, o en contenedores electrónicos, ópticos o magnéticos. Libero de toda responsabilidad a la Aseguradora Sagicor Costa Rica S.A., cuando el firmante de este documento suministre o proporcione información por error, omisión u falsedad. Autorizo a la Aseguradora Sagicor Costa Rica, S.A., a reportar, procesar, solicitar y suministrar o divulgar información, únicamente a las entidades legalmente autorizadas según lo indicado en la Ley 7786 y sus reformas.

Firma del Asegurado:

Fecha: