

Guía para llenar formulario de desempleo

1.

La primera parte donde dice: **'nombre de la persona que presenta la reclamación por el tomador'** debe ser llenado en caso de que quien presente el reclamo no sea el asegurado directo. Además, el cliente debe colocar su nombre completo y todos los datos que se le solicitan.

2.

El cliente además deberá completar el número de cédula, tomador de la póliza (que sería la entidad bancaria), fecha de reclamación (día en el que está completando el formulario), correo electrónico y teléfonos actualizados.

3.

En el tercer apartado deberán llenar la información de la empresa en la que laboraban tales como:

Nombre
Actividad
Fecha de Ingreso
Jefe inmediato
Dirección exacta
Cargo desempeñado
Teléfono para referencias
Fecha de salida
Fecha de ingreso del asegurado a la póliza

4.

En el cuarto apartado deberá indicar la causa del siniestro tales como la causa de la salida de la empresa, detalle, lugar y la cobertura afectada. Por ejemplo, si usted queda desempleado deberá indicar que es "despido con responsabilidad patronal" y en la parte de cobertura afectada deberá poner que es "desempleo involuntario".

5.

Al finalizar usted deberá **firmar el documento e indicar el número de su identificación.**

FORMULARIO RECLAMACIONES SALDO DEUDOR CON DESEMPLEO CONOZCA SU CLIENTE



1. NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN POR EL TOMADOR

Nº DE IDENTIFICACIÓN: _____ **FECHA DE RECLAMACIÓN: (DD MM AA):** _____
TOMADOR DE LA PÓLIZA: _____ **CORREO ELECTRONICO:** _____
Nº DE LA PÓLIZA: _____ **Nº TELEFÓNICO:** _____
AMPARO AFECTADO: _____ **MONTO RECLAMADO:** _____

2. DATOS DEL ASEGURADO:

Nº DE IDENTIFICACIÓN: _____ **VENCIMIENTO ID:** _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ **NACIONALIDAD:** _____ **PROFESION U OFICIO:** _____
PAIS DE NACIMIENTO: _____
DIRECCION EXACTA: _____
MEDIO PARA NOTIFICACIONES: _____

3. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA: _____ **CARGO DESEMPEÑADO:** _____
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA: _____ **TELEFONO PARA REFERENCIAS:** _____
FECHA DE INGRESO: _____ **FECHA DE SALIDA:** _____
JEFE INMEDIATO: _____ **FECHA DE INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA:** _____
DIRECCION EXACTA: _____

4. FECHA DEL SINIESTRO DEL ASEGURADO:

CAUSA DEL SINIESTRO: ACCIDENTAL NATURAL DESPIDO INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE
DETALLE LA CAUSA DEL SINIESTRO: _____
LUGAR DEL SINIESTRO: _____
AUTORIDAD POLICIAL QUE INTERVIENE: _____
COBERTURA AFECTADA: _____
CLÍNICA DONDE FUE ATENDIDO EL ASEGURADO: _____
ÚLTIMA FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: (DD MM AA): _____
NOMBRE DEL MÉDICO QUE ASISTIÓ AL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO: _____

5. DOCUMENTOS APORTADOS

ORIGINAL Y COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE NACIMIENTO O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
COPIA CERTIFICADA DEL HISTORIAL CLÍNICO DEL ASEGURADO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CERTIFICACIÓN DEL SALDO DE LA DEUDA POR CONTADOR DE TOMADOR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORIGINAL Y COPIA DEL DICTAMEN MEDICO DE INCAPACIDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORIGINAL Y COPIA CARTA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CERTIFICACIÓN CCSS QUE INDIQUE FECHA INCLUSION Y EXCLUSION DE LA PLANILLA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORIGINAL VALORACION DEL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ORIGINAL CARTA TERMINACION DE CONTRATO DE TRABAJO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

6. NOTA ACLARATORIA PARA EL ASEGURADO

Señor asegurado: En dado caso de no obtener respuesta satisfactoria por parte de la Aseguradora puede acudir al Centro Defensa del Asegurado (CDA), ubicado en Rohmoser, 2° piso del Centro Corporativo La Nunziatura, 100 sur de Librería Internacional en el Bulevar de Rohmoser, número telefónico 2520-1990 o por medio electrónico al correo mroman@aap.cr donde podrá realizar las consultas necesarias para su satisfacción. Declaro que la información suministrada por mi persona en este formulario es exacta y fidedigna, por lo que AUTORIZO ampliamente a Aseguradora del Istmo (Adisa), 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

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL RECLAMANTE

N° IDENTIFICACION

POR ADISA

