

Formulario de Reclamación

Seguro de Desempleo y Discapacidad Temporal

Reclamación No.
Póliza No.
Certificado

SOLO PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADO

Código: FGT-028 Versión 3

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento
Dirección	Correo Electrónico	Edad
Teléfono	Ocupación	Sexo
		Estatus

ESPECIFICACIONES DEL SINIESTRO

Especifique la causa de la reclamación:

Enfermedad Desempleo involuntario Discapacidad Asalariados Discapacidad Independientes Desconocido Otros

Detalle brevemente:

COMPLETAR SI LA REMACIÓN ES POR DESEMPLEO

Empresa donde laboraba	Dirección de la empresa	Teléfono de la empresa
Nombre del supervisor	Cargo que desempeñaba	Fecha de Ingreso a la Empresa
		Fecha efectiva de salida
		Tiempo de Labor en la empresa

COMPLETAR SI LA REMACIÓN ES POR ENFERMEDAD

Indique la enfermedad declarada	¿Cuándo comenzó a afectarse la salud del solicitante?	Describa naturaleza y grado de su enfermedad
Indique la fecha del diagnostico de su enfermedad	Indique la fecha en que comenzaron los síntomas	Provea cualquier otra Información que crea usted que pueda servir para completar esta reclamación
Había sido usted objeto de Investigación o pruebas relacionadas con el diagnostico? Explique		
¿Qué tratamiento ha recibido con relación a su enfermedad? (Medicamentos, terapias, etc)		

Nombre del médico	Teléfonos	Dirección del consultorio, clínica	Fecha de visita	Enfermedad o lesión que motivó la visita
-------------------	-----------	------------------------------------	-----------------	--

COMPLETAR SI LA RECLAMACIÓN ES POR DISCAPACIDAD TEMPORAL

Como resultado de la Discapacidad Temporal por , a consecuencia de un siniestro ocurrido en _____, detallado a continuación: _____

Recibí discapacidad del médico _____

con especialidad en _____ con Exequátur no. _____, a partir del día _____ del mes de _____ del año _____, fecha desde la cual me encuentro sin percibir ingreso alguno por no poder realizar la actividad de _____ y desde la cual me dedico como profesional independiente, por lo que anexo al presente la siguiente documentación:

DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Entidad Financiera

No de préstamo/ Tarjeta Asociada

Sucursal titular de Cuenta.

El abajo firmante, por el presente reclama el mencionado seguro y conviene en que todas las declaraciones propias y de los médicos que asistieron o trataron al Asegurado, y todos los documentos requeridos según las instituciones aquí mostradas, constituyen parte integrante de los Comprobantes de reclamación Y además, conviene en que la presentación de este formulario o cualesquiera otros formularios suplementarios a la compañía, no constituirá ni será considerada por la misma como señal de que hubiere seguro alguno en vigor sobre la vida en cuestión, ni como exoneración de su derecho o defensa.

Fecha y lugar

Firma del asegurado

Sucursal

Oficial de Servicio

Torre INICA, C. Porfirio Herrera #29, Sto. Dgo., D.N., Rep. Dom.
Tel.: (809) 332-4040 E-mail: info@seguroscrecer.com www.seguroscrecer.com

REQUISITOS MÍNIMOS PARA PROCESAR RECLAMACIONES DESEMPLEO - DISCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

1. Formulario de declaración de siniestro debidamente completado
2. Copia del documento de descargo de prestaciones laborales sellado y firmado por el empleador.
3. Copia de la carta dirigida al ex-empleado y/o al Ministerio de Trabajo de la República
4. Dominicana notificando el despido/ desahucio y motivo de la desvinculación.
5. Copia del Estado de Cuenta del Deudor Asegurado de los últimos tres meses, expedido por el
6. Contratante donde conste el valor del crédito, saldo pendiente de pago, valor de las cuotas mensuales.
7. Presentar las constancias médicas y/o testimoniales de las causas que le ocasionaron la discapacidad.
8. En caso de accidente, certificación o acta policial en original emitida por la Autoridad de Transporte o Policía Nacional.
9. Cuando las causas del siniestro sean violentas, será necesario presentar copia certificada del Acta emitida por el Ministerio Público o el Instituto Nacional de Ciencias Forenses, en caso de que aplique.

Para una mayor rapidez en su pago, requerimos complete y adjunte el Formulario FGT-005 "Solicitud de Pago Vía Transferencia Bancaria"

Fecha de entrada en vigencia: mayo 2017