

FORMULARIO PARA RECLAMO DESEMPLEO EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO

Reclamo por desempleo involuntario

 ¿ Tiene algún otro seguro con Ficohsa Seguros _____
 (Si/ No)

Póliza No. _____

Préstamo No. _____

Como resultado de la pérdida del empleo en la empresa: _____ con el
 teléfono : _____, el cual fue como consecuencia de : _____, a partir del día
 del mes de _____ del año _____, fecha desde la cual me encuentro sin percibir ingreso alguno, por lo que anexo al
 presente la siguiente documentación:

 USO
 ASEGURADORA

- | | |
|---|-----|
| 1.) FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SINIESTRO | () |
| 2.) CONSTANCIA DE PRESTAMOS CON DETALLE: (La constancia no tiene cobro para el cliente) | () |
| ➔ Monto desembolsado | |
| ➔ Saldo y estatus del préstamo a la fecha. | |
| ➔ Detalle de las siguientes siete (7) cuotas a pagar del préstamo a partir de la fecha de presentación del reclamo. | |
| 3.) FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO (IDENTIDAD, PASAPORTE CARNET DE RESIDENCIA, ETC.) | () |
| 4.) CARTA FORMAL DE DESPIDO EMITIDA POR EL EMPLEADOR DONDE CONSTE: | () |
| ➔ Nombre completo del ex empleado. | |
| ➔ Numero de cédula | |
| ➔ Ultimo cargo desempeñado | |
| ➔ Tiempo laborado. | |
| ➔ Motivo de despido | |
| 5.) FINIQUITO DE LA HOJA DE LIQUIDACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL ASEGURADO. | () |
| 6.) RECIBO DE PAGO DE CUOTA CORRESPONDIENTE AL DEDUCIBLE (Cuota 1 que aparece en constancia de préstamo) | () |
| 7.) CARTA CERTIFICANDO QUE CONTINUA DESEMPLEADO (Documento elaborado por el cliente.) | () |

NOTA: No se aceptaran trámites que no reunan toda la documentación antes señalada.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____

No. Documento de Identidad: _____ No. De Afiliación al I.H.SS _____

Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ Profesión u Ocupación _____

Dirección del Domicilio: _____

Teléfono de Domicilio: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Giro de la Empresa donde laboraba: _____

Dirección de la Empresa: _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

Teléfono de la Empresa: _____ Fax: _____

Nombre del Jefe Inmediato: _____ Cargo: _____

Nombre del cargo que desempeñaba: _____

Fecha Ingreso a la Empresa: _____ Tiempo de Laborar en la Empresa: _____

Firma: _____ Fecha: _____

* Es imprescindible la presentación de todos los documentos solicitados para poder procesar el reclamo.

Firma del asegurado: _____

Fecha: _____