

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

SEGURO COLECTIVO PROTECCIÓN CONTRA DESEMPLEO COLONES

Nombre del Tomador:
Número de Póliza:
Número de Certificado:

Cédula Jurídica:

Datos Personales del Asegurado afectado							
Nombre Completo:	1er apellido:			2do apellido:			
No. de Identificación:				Sexo: Masculino	Femenino		
Fecha de nacimiento:	día	mes	año	Fecha de inclusión:	día	mes	año

Indicar causa del Desempleo:

Junto con esta Solicitud de Indemnización, el Asegurado se compromete a entregar los siguientes documentos según se estipula en el Artículo 20 de las Condiciones Generales:

- Copias de los comprobantes de los salarios pagados en los últimos seis (6) meses, o en su defecto, constancia emitida por el ex – patrono de los últimos seis (6) meses pagados.
- Carta de despido.
- Constancia emitida por la C.C.S.S., donde indique que el Asegurado ha estado cotizando para ese régimen, durante los últimos seis (6) meses.
- Una declaración firmada por el Asegurado indicando que no percibe otras remuneraciones.
- En caso del Empleado Copropietario, deberá presentar copia del expediente judicial en el cual se decretó la quiebra de la empresa.

De conformidad con el artículo 21 de las Condiciones Generales, en caso que Asegurado se mantenga en condición de Desempleado durante más de tres (3) meses, de previo al pago respectivo de la Cuota Mensual del Crédito en los meses cuatro, siete, y diez desde el momento de desempleo, el Asegurado deberá entregar a la Compañía una certificación emitida por la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), en la cual consta que el Asegurado no cotiza para dicho régimen como asalariado ni como trabajador independiente.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro Número G11-15-A12-496 de fecha 19 de Diciembre de 2013.



FIRMA SOLICITANTE