

FORMATO DE RECLAMACIÓN PARA LA INDEMNIZACIÓN DEL SEGURO DESEMPLEO E INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL ASEGURADO RECLAMANTE

TIPO DE RECLAMACIÓN

TIPO DE PROGRAMA: CUATRIMESTRE SEMESTRE ANUAL

INICIAL SUBSECUENTE

UNIVERSIDAD: UVM UNITEC

MATRICULA DEL ALUMNO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO, APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO
(Únicamente el pagador de la colegiatura tiene cobertura de este seguro)

OCUPACIÓN

EMPRESA

R.F.C. COMPLETO DE LA EMPRESA

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO

DOMICILIO PARA LOCALIZACIÓN (CALLE Y NÚMERO)

COLONIA

CORREO ELECTRÓNICO

C.P.

POBLACIÓN

ESTADO

TELÉFONOS CON CLAVE LADA

CASA

TRABAJO

CELULAR

COBERTURA RECLAMADA

DESEMPLEO

INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

FECHA DE INICIO

DÍA

MES

AÑO

MOTIVO DEL DESEMPLEO

DOCUMENTACION REQUERIDA

DESEMPLEO

INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL

1. COPIA DE FINIQUITO Y/O LIQUIDACIÓN
2. COPIA DEL CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE LA EMPRESA EN QUE LABORABA Y/O CARTA PATRONAL, ASÍ COMO LAS FECHAS DE INGRESO Y SALIDA DE LA EMPRESA MOTIVO DE BAJA, TIPO DE CONTRATO
3. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO (IFE, PASAPORTE O CÉDULA PROFESIONAL)
4. COPIA DE LOS 3 ÚLTIMOS RECIBOS DE NÓMINA.
5. COPIA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO
6. TICKET DE INSCRIPCIÓN CON REFERENCIA
7. COMPROBANTE DE DOMICILIO
8. FORMATO DE RECLAMACIÓN
9. COMPROBANTE DE NO INGRESOS (copia simple)
- BAJA DEL IMSS, ISSSTE

1. INFORME MÉDICO DE LA PRIMERA ATENCIÓN RECIBIDA.
2. HISTORIA CLÍNICA
3. COPIA DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS COMPLETAMENTE LEGIBLES EXPEDIDAS POR LA INSTITUCIÓN PÚBLICA QUE LO ATIENDE O MENCIONAR EN EL INFORME MÉDICO EL PERIODO DE INCAPACIDAD
4. COPIA DE LA INTERPRETACIÓN MÉDICA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS
5. COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL
6. TICKET DE INSCRIPCIÓN CON REFERENCIA
7. COPIA DE CERTIFICADO Y/O PÓLIZA
8. EN CASO DE ACCIDENTE, ES NECESARIO PRESTAR ACTUACIONES MINISTERIALES E INFORME DE LAS PARTES QUE INTERVINIERON EN EL EVENTO
9. COMPROBANTE DE DOMICILIO
10. FORMATO DE RECLAMACIÓN
11. HOJA DE NO ADSCRIPCIÓN AL IMSS E ISSSTE

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA RECLAMOS SUBSECUENTES

COMPROBANTE DE CONTINUIDAD DE DESEMPLEO, DEBE PRESENTAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS, EN LOS QUE SE MUESTRE QUE DESPUÉS DE LA FECHA DE FINIQUITO AUN PERMANECE SIN EMPLEO.

CERTIFICADO DE BAJA DEL TRABAJADOR, (emitido por IMSS, ISSSTE

ú otra Institución pública de Salud, actualizado) ó

ESTADO DE CUENTA DE AFORE CON DETALLE DE MOVIMIENTOS (actualizado)

COMPROBANTE DE CONTINUIDAD DE INCAPACIDAD, DEBE PRESENTAR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS, EN LOS QUE SE MUESTRE QUE DESPUÉS DE LA FECHA DE FINIQUITO AUN PERMANECE SIN EMPLEO.

COPIA ACTUALIZADA DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS COMPLETAMENTE LEGIBLES

EXPEDIDAS POR LA INSTITUCIÓN PÚBLICA QUE LO ATIENDE O MENCIONAR EN EL INFORME MÉDICO EL PERIODO DE INCAPACIDAD

NO TENGO NINGÚN INCONVENIENTE EN ENTREGAR LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE ME SEA SOLICITADA PARA EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN DEL SEGURO, CONFORME A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y DE ACUERDO CON LO QUE ESTABLECE EL ART.69 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

EN CASO DE DESEMPLEO, ME COMPROMETO A INFORMAR A LA ASEGURADORA DE MANERA INMEDIATA AL MOMENTO DE REINTEGRARME AL CAMPO LABORAL, YA SEA EN FORMA INDEPENDIENTE O BAJO UNA RELACIÓN SUBORDINADA.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL RECLAMANTE

PARA SER LLENADO POR EJECUTIVO DE SINIESTROS

FECHA Y FIRMA DE RECEPCIÓN INTERPROTECCIÓN

FIRMA DE RECEPCIÓN AFIRME