

Producto: _____

Póliza N°: _____	Reclamo N°: _____	
Tipo de póliza: <input type="checkbox"/> Sector público <input type="checkbox"/> Sector privado		
Asegurado en calidad de: <input type="checkbox"/> Deudor <input type="checkbox"/> Codeudor Indique el nombre del Deudor: _____		
Detalle de las operaciones Crediticias:		
Número de operación crediticia	Monto de la cuota	Fecha de finalización del crédito
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: _____

_____ Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre

Tipo de identificación: Cédula DIMEX DIDI Pasaporte Jurídico Gobierno Institución Autónoma Otro: _____

N° Identificación: _____ N° de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección exacta o Apartado Postal: _____

Marque con una "x", percibe remuneraciones adicionales?
 No Si Por favor detalle: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL DESEMPLEO

Nombre de la empresa donde trabajaba: _____

Ocupación: _____ Fecha de ingreso a la empresa: _____

Tipo de empleado:
 Empleado Permanente Empleado copropietario Empleado por tiempo definido

Motivo del despido: _____

Fecha del despido: _____ Tiempo laborado: _____

Ingreso mensual bruto: _____ Mes de deducible: _____

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 G1115-A01-123 de fecha 16 de junio del 2022.

Por este medio Autorizo al INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS para acceder a los sistemas de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S.), el sistema de Riesgos del Trabajo o cualquier otra similar, para verificar mi condición de desempleado.

Nombre, firma y N° de identificación del reclamante

Fecha: _____ _____
Firma y N° de Identificación