



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS Dirección de Seguros Generales

Producto: _____

SOLICITUD DE RECLAMO POR DESEMPLEO

Póliza No. _____

Reclamo No. _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: _____
Primer apellido Segundo apellido Nombre

N° Identificación: _____ N° de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección exacta o Apartado Postal: _____

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 bajo contrato

Motivo del despido: _____

Fecha del despido: _____ Tiempo laborado: _____

Ingreso mensual bruto: _____

La documentación contractual y la nota técnica que integran los productos que utilizan este documento, 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 los siguientes registros: Seguro de Protección Crediticia por Desempleo Colones G11-15-A01-123 de fecha 27/01/2010, Seguro de Protección Crediticia por Desempleo Dólares G11-15-A01-124 de fecha 27/01/2010, Seguro de Protección de Tarjeta de Crédito por Desempleo Colones G11-15-A01-138 de fecha 10/02/2010, Seguro de Protección de Tarjeta de Crédito por Desempleo Dólares G11-15-A01-127 de fecha 10/02/2010.

Fecha: _____

Nombre, firma y N° de identificación del reclamante

Firma y N° de Identificación