

Formulario e Instructivo de Presentación de Reclamos Desempleo Involuntario Hipotecas

Nombre co	ompleto del asegurado:
Fecha de d	lesempleo: Teléfono:
Correo ele	ctrónico:
REQUISITO	OS:
:	Carta de Despido Original que contenga la información estipulada en el artículo 87 del código de Trabajo. Copia de Constancia Laboral Copia de la Carta de Liquidación o Finiquito Laboral con sello y firma de la empresa Copia de DPI (ambos lados)
	rrir 30 días a partir de la fecha de despido, deberá comunicar por escrito a la aseguradora s esempleado para continuar el proceso de reclamación.
<u>IMPORTAN'</u> Los docume	TE: ntos no deben presentar tachones o alteraciones.
CONDICIO	NES PARA APLICAR A LA COBERTURA:
•	Estabilidad laboral de al menos 12 meses consecutivos (empleo a tiempo completo) Contrato de trabajo por tiempo indefinido (no aplica cobertura en contratos de obra o tiempo determinado) Completar período de espera de 12 meses a partir de la fecha de desembolso de crédito Completar período de eliminación (deducible) 30 días después de quedar desempleado
Fecha	a: Firma: