

## Formulario e Instructivo de Presentación de Reclamos Desempleo Involuntario

### 1. Datos Generales

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de desempleo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### REQUISITOS:

- 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)

Al transcurrir 30 días a partir de la fecha de despido, deberá comunicar por escrito a la aseguradora si continua desempleado para continuar el proceso de reclamación.

**IMPORTANTE:** *Los documentos no deben presentar tachones o alteraciones.*

#### CONDICIONES 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 efectivo desde la fecha de inicio de la póliza.
- Completar período de eliminación (deducible) 30 días después de quedar desempleado

---

Fecha

---

Firma