

Requisitos para la presentación de reclamo

SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR DESEMPLEO

COBERTURA: RENTA POR DESEMPLEO (TRABAJADORES ASALARARIADOS)

- Formulario
- Carta de despido
- Copia de la liquidación
- Certificación de no cotizante de la CCSS del mes **posterior** al despido
- Copia de documento de identidad

COBERTURA: INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL POR ACCIDENTE

- Formulario de reclamación
- Copia de la epicrisis
- Documento de respaldo que indique el período de la incapacidad
- Copia de documento de identidad

COBERTURA: MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación
- Copia de la epicrisis que indique la fecha y el motivo de la defunción
- Certificado de defunción emitido por el Registro Civil, con causas del deceso
- Copia de cédula del asegurado

COBERTURA: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

- Formulario de reclamación
- Copia de la epicrisis
- Certificación de invalidez de la CCSS
- Copia de documento de identidad

NOTA: El ASEGURADO solamente podrá ser cubierto por la cobertura de "RENTA POR DESEMPLEO" o la cobertura "INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL", dependiendo de si el mismo es trabajador dependiente o independiente al momento de presentar el siniestro. La Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional.

La Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional **ENVIAR LOS REQUISITOS AL CORREO ELECTRÓNICO** reclamosautoexp@assanet.com

MEDIOS DE CONSULTA

TELÉFONO: 2503-2735

FAX: 2503-2797

CORREO: reclamosautoexp@assanet.com



Compañía de Seguros, S.A.

TRAMITACIÓN DE RECLAMOS SEGURO AUTOEXPEDIBLE RENTA POR DESEMPLEO

Nombre del Asegurado: _____

Número de cédula: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Número de cuenta cliente (17 Dígitos): _____ Banco: _____

Tipo de siniestro (marque con una x):

- () Renta por desempleo (trabajadores asalariados)
- () Incapacidad total y temporal por accidente
- () Incapacidad total y permanente por accidente
- () Muerte accidental

- **Sí su caso es por despido, sírvase en llenar el siguiente apartado::**

Fecha de ingreso: _____ Fecha de despido: _____

Motivo de despido: _____

- **Sí su caso es por incapacidad, sírvase en llenar el siguiente apartado:**

Fecha del evento: _____ Lugar: _____

Inicio de incapacidad: _____ Fin de incapacidad: _____

Descripción del evento: _____

Lesiones sufridas: _____ Porcentaje de invalidez: _____ %

- **Sí su caso es por muerte accidental, sírvase en llenar el siguiente apartado:**

Fecha del evento: _____ Fecha de defunción: _____

Descripción del evento: _____

Datos de contacto de los beneficiarios:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Parentesco: _____

La Compañía de Seguros se reserva el derecho de solicitar documentación adicional ENVIAR LOS REQUISITOS AL CORREO ELECTRÓNICO reclamosautoexp@assanet.com