

SAGICOR COSTA RICA

FORMULARIO DE INDEMNIZACIÓN - DESEMPLEO O INCAPACIDAD TEMPORAL EXTENDIDA

Nombre del Tomador: _____

Cédula Jurídica: _____

Número de Póliza: _____

Nombre y Apellidos del Asegurado: _____

Número de Identificación: _____

Teléfono Residencia: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono Celular: _____

Nacionalidad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Profesión: _____

DOMICILIO:

País: _____

Cantón: _____

Provincia: _____

Distrito: _____

Dirección exacta: _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

Nombre de la Empresa o Negocio: _____

Cargo que desempeña: _____

Dirección: _____

TIPO DE INDEMNIZACIÓN:

☐ *DESEMPLEO

☐ **INCAPACIDAD TEMPORAL EXTENDIDA

DOCUMENTOS ADJUNTOS GENERALES:

☐ Identificación del Asegurado.

DOCUMENTOS ADJUNTOS ESPECÍFICOS:

*DESEMPLEO

En caso de Asalariados:

☐ Carta de Despido del patrono en cuestión, donde se indique si se trata de un despido con o sin responsabilidad.

☐ Estudio de salarios de los últimos 6 meses emitido por la C.C.S.S.

En caso de Empleado Copropietario:

☐ Presentar adicionalmente una copia del expediente judicial en el cual se decretó la quiebra de la empresa.

** INCAPACIDAD TEMPORAL EXTENDIDA

En caso de Asalariados:

☐ Certificación(es) médica(s) o boleta(s) de incapacidad que detalle(n) la causa y los Meses de Incapacidad con el soporte documental respectivo y razonable.

☐ Estudio de salarios de los últimos 6 meses emitido por la C.C.S.S.

En caso de No Asalariados:

☐ Declaración jurada de los ingresos percibidos en los últimos 6 (seis) meses con el soporte documental respectivo y razonable.

SAGICOR COSTA RICA

[] Dictamen médico emitido por un doctor colegiado en la República de Costa Rica, que detalle la causa, el diagnóstico y el periodo de incapacidad indicado para su recuperación.

INFORMACIÓN ADICIONAL:

¿Es de su conocimiento haber sido parte de un despido masivo?

[] Si [] No

¿La razón de su despido está ligada al cierre total de la empresa o de alguno de sus departamentos?

[] Si [] No

¿Cuántas personas aproximadamente trabajan para la empresa para la cual laboraba?

[] Menos de 50 [] Entre 50 y 100 [] Más de 100

INFORMACIÓN DE LA CUENTA BANCARIA:

Cuenta IBAN* (22 dígitos): _____

*Cuenta bancaria en la que se realizará el depósito en caso de que se apruebe el pago de la indemnización, si el mismo corresponde girarse al asegurado. Sólo se realizará el depósito a una cuenta bancaria registrada a nombre del asegurado.

En caso de que obtenga un nuevo trabajo o empiece a cotizar como Profesional Independiente, deberá notificar en un plazo no mayor a 3 días hábiles a esta Aseguradora para finalizar el pago de la indemnización de forma inmediata. De faltar dicha notificación, se le podrá exigir la devolución de todo pago realizado posteriormente a la fecha en que obtuvo su empleo o empezó a cotizar como Profesional Independiente. La Compañía se reserva el derecho a suspender el pago si la información brindada es inexacta o si se demuestra que la misma se trata de un despido masivo.

Declaro que la información suministrada por mi persona en este formulario es exacta y fidedigna, por lo que AUTORIZO ampliamente a Aseguradora Sagikor Costa Rica S.A., a verificarla por los medios que considere pertinentes, pudiendo en todo caso acceder, copiar y recopilar la información del firmante que se encuentre almacenada en bases de datos públicas y/o privadas, en sistemas o redes informáticas o telemáticas, o en contenedores electrónicos, ópticos o magnéticos. Libero de toda responsabilidad a la Aseguradora Sagikor Costa Rica S.A., cuando el firmante de este documento suministre o proporcione información por error, omisión u falsedad. Autorizo a la Aseguradora Sagikor Costa Rica, S.A., a reportar, procesar, solicitar y suministrar o divulgar información, únicamente a las entidades legalmente autorizadas según lo indicado en la Ley 7786 y sus reformas.

Firma del Asegurado:

Fecha: