

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

PARTE I DECLARACIÓN DEL ASEGURADO				
Nombre (apellido paterno, materno, nombre)				Núm. Póliza
Fecha de Nacimiento Mes Día Año	Seguro Social / /	Correo electrónico	Teléfono	
Dirección Postal: Barrio / Urb / RR / HC / PO BOX	Núm. / Avenida / Calle	Ciudad	País	Código Postal
Dirección Residencial: Barrio / Urb / RR / HC / PO BOX	Núm. / Avenida / Calle	Ciudad	País	Código Postal
Nombre y dirección del Patrono (para el cual trabajaba en el momento de perder el empleo)				Teléfono
Nombre y puesto de su supervisor inmediato			Fechas en que estuvo desempleado (mes, día, año) Desde ____ / ____ / ____ hasta ____ / ____ / ____	
Motivos por el cual Usted quedó desempleado (Tiene que haber estado desempleado por un periodo mayor de 31 días consecutivos y empleado por el patrono durante los doce meses precedente a la fecha de la pérdida de empleo como empleado regular, con una jornada de por lo menos 30 horas semanales)				
¿Es usted elegible para recibir los beneficios por desempleo del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Está usted recibiendo beneficio por desempleo por el periodo reclamado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si usted no es elegible para recibir beneficios por desempleo del estado, explique. (Si usted se ha inscrito en una agencia de empleo estatal o local, incluya una copia de la tarjeta)				
¿Está usted desempleado a esta fecha? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si su contestación es no, ¿Cuándo regresó a trabajar? Mes ____ Día ____ Año ____	
Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Empleado regular a tiempo completo (mínimo 30 hrs. semanales)		<input type="checkbox"/> Contratista Independiente		
<input type="checkbox"/> Contrato de empleado temporero		<input type="checkbox"/> Cuenta propia		
¿Estaba empleado por un patrono que es su: <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> hijo(a) <input type="checkbox"/> hermano(a)?			¿Era usted accionista de su patrono? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ____%.	

AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. **Ley Núm. 230 del 9 de agosto de 2008.**

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES TOTALMENTE CIERTA.

Firma del Reclamante

Fecha

Importante: La empresa no admite que haya ningún seguro vigente ni cede sus derechos o sus defensas por suministrar modelos e investigar la reclamación.

Firma

Fecha

¿DESEA RECIBIR SU PAGO DE BENEFICIO DE MANERA RAPIDA Y SEGURA?

Autorización para Pagos Electrónicos de Beneficios a Reclamantes

Autorizo a Triple-S Vida a realizar entradas a mi cuenta bancaria personal por el importe de pago de los beneficios reclamados para la(s) póliza(s) de Triple-S Vida que poseo o soy beneficiario. Cualquier cambio de cuenta u orden particular para revocar esta autorización, entiendo debo someterla por escrito con treinta (30) días de anticipación. Favor incluir copia de un cheque cancelado o cualquier otra evidencia oficial.

Nombre y Sucursal del Banco

Número de ruta y tránsito

Número de cuenta bancaria

Nombre del Titular de la cuenta

Tipo de cuenta: Cheque Ahorro

Correo Electrónico (E-mail)

Firma Autorizada

Fecha de autorización

Autorizo a Triple-S Vida, Inc., a enviarme la notificación de depósito de pago a mi correo electrónico (e-mail).

PARTE II		CERTIFICACION DEL PATRONO		
Nombre del Reclamante:		Seguro Social: / /		
Nombre Patrono:		Teléfono:	Correo electrónico:	
Dirección: Barrio / Urb / RR / HC / PO BOX		Núm. / Avenida / Calle	Ciudad	País Código Postal
Fecha de empleo: Mes ____ Día ____ Año ____	Fecha de terminación del empleo: Mes ____ Día ____ Año ____	Fecha de notificación del despido (oral o escrita): Mes ____ Día ____ Año ____		
Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Empleado regular a tiempo completo (mínimo 30 hrs. semanales)		<input type="checkbox"/> Contratista Independiente		
<input type="checkbox"/> Contrato de empleado temporero		<input type="checkbox"/> Cuenta propia		
Razón del despido: _____ _____ _____ _____				
Sello Corporativo	Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es cierta.			
	_____ Nombre del oficial autorizado			
	_____ Firma del oficial autorizado			_____ Fecha

Instrucciones:

- Complete la Declaración del Asegurado y Declaración del Patrono.
- Favor de incluir la carta de despido del patrono, copia del talonario que incluya las horas trabajadas y carta de la División de Seguro por Desempleo estableciendo elegibilidad. Además, copia de su historial de desempleo o de los talonarios de cheques. Se requiere esta información por cada mes en que haya permanecido continuamente desempleado. Las fechas de los talonarios o del historial deben corresponder con las fechas de la reclamación.
- Devuelva el formulario de reclamación a Triple-S Vida, Inc. Si el formulario no se completa en su totalidad, se le devolverá a su dirección postal y no se tramitará su reclamación.