

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.