

## I. Datos de la Entidad Financiera

Entidad financiera: \_\_\_\_\_ Nombre de oficina: \_\_\_\_\_

Dirección de oficina: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Oficial / Gestor de Negocios: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

## II. Datos del Asegurado

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

 Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Causa del siniestro: Desempleo  Incapacidad por accidente 

## 3. Lista de Documentación a Remitir

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Desempleo</b>                 | 1. Cédula de identidad y electoral / Pasaporte del asegurado, por ambos lados. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>2. Carta y/o certificación de desvinculación firmada y sellada en hoja timbrada por la empresa, donde conste: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre completo del ex-empendedor y ex-empleado.</li> <li>Número de cédula de identificación personal.</li> <li>Tiempo laborado.</li> <li>Cargo desempeñado.</li> <li>Motivo de desvinculación.</li> </ul> 3. Información del préstamo y/o producto (que contenga los datos del Deudor - Préstamo, tales como fecha desembolso, monto desembolsado, monto de la cuota y capital adeudado). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span> |
| <b>Incapacidad por accidente</b> | 1. Cédula de identidad y electoral / Pasaporte del asegurado, por ambos lados. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>2. Carta aviso de siniestro. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>3. Certificación del médico tratante. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span><br>4. Información del préstamo y/o producto (que contenga los datos del Deudor - Préstamo, tales como fecha desembolso, monto desembolsado, monto de la cuota y capital adeudado). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span>  |

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

**Nota:**

- Los documentos deben ser Suministrados a través del correo electrónico: [reclamosvida@segurosreservas.com](mailto:reclamosvida@segurosreservas.com).
- Seguros Reservas se reserva el derecho de solicitar otros documentos adicionales.