

1

**¡ESTAMOS AQUÍ PARA SERVIRTE!**

Por favor toma nota de la siguiente información sobre cómo someter una reclamación a Assurant.

- Recuerda, es tu responsabilidad continuar haciendo los pagos mensuales mientras evaluamos tu reclamación y hasta tanto no hayamos tomado una determinación.
- Si es necesario usa una hoja en blanco para listar el nombre y número de cuenta de cualquier otro seguro con Assurant.
- Para evitar retrasos con tu reclamación, revisa el formulario para asegurarte que has incluido toda la documentación. Es importante que firmes el formulario.
- Recomendamos que guardes copia de toda la documentación que nos sometas para revisión.

2

**PARA RECLAMACIONES A LA CUBIERTA POR DESEMPLEO INICIAL**

- Debes someter tu reclamación después de haber estado desempleado por 30 días consecutivos.
- Completar las Secciones 1 y 3.
- Solicita a tu patrono que complete la Sección 2. Si el patrono no puede proveer la información solicitada, puedes someter una carta explicando la razón y una copia de tu historial de empleo.
- Incluye una copia de tus cheques de desempleo o tarjeta de registro y copia de tu carta de elegibilidad para beneficios del mes en que comenzó tu desempleo.
- Incluir copia de identificación con foto.
- Si quieres autorizar a un tercero para que maneje la reclamación por ti, debes completar la “Divulgación Verbal de Información” incluida en la Sección 3. Esta autorización le permitirá discutir tu reclamación con un representante de Assurant si tú no estás disponible.
- Mientras estés desempleado, debes someter mensualmente tu información actualizada utilizando el formulario de reclamaciones de **Desempleo Continuo** que se encuentra en nuestro portal: [reclamacionespr.assurant.com](http://reclamacionespr.assurant.com).

3

**ENVÍANOS LAS FORMAS COMPLETADAS Y LOS DOCUMENTOS DE APOYO SOLICITADOS**

**Correo regular:**  
350 Ave. Carlos Chardón  
Torre Chardón Suite 1101  
San Juan, PR 00918



**Correo electrónico:**  
[reclamaciones@assurant.com](mailto:reclamaciones@assurant.com)



**En línea, visitando:**  
[reclamacionespr.assurant.com](http://reclamacionespr.assurant.com)

Una vez recibida tu reclamación, permítenos 15 días laborables para procesar la misma.  
Todos los beneficios serán pagados directamente a tu acreedor financiero.

**¿NECESITAS AYUDA?**

Visita nuestro portal [reclamacionespr.assurant.com](http://reclamacionespr.assurant.com)  
24 horas al día, 7 días de la semana o  
llámanos libre de costo al 1-800-981-8888  
Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



**ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA EVALUAR TU RECLAMO.** Favor de completar el formulario usando letra de molde.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA		NÚMERO DE PRÉSTAMO		
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO	_____	_____
		MES	DÍA	AÑO
DIRECCIÓN FÍSICA				
DIRECCIÓN POSTAL				
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NÚMERO DE LICENCIA		
TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO SECUNDARIO		TELÉFONO ALTERNO	
¿NOS AUTORIZAS A ENVIARTE CORREOS ELECTRÓNICOS?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
CORREO ELECTRÓNICO				
<p><b>NOSOTROS Y OTROS QUE ACTÚAN EN NUESTRO NOMBRE PODEMOS UTILIZAR LA INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS PARA OPERAR NUESTRO PRODUCTO Y NUESTRO SERVICIO. POR EJEMPLO, PODEMOS USAR LA INFORMACIÓN QUE RECOGEMOS O RECIBIMOS PARA INTENTAR CONTACTARTE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA PROVEER APOYO Y ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN, SEGÚN LO PERMITA LA LEY.</b></p>				
¿HAS SOMETIDO ALGUNA RECLAMACIÓN BAJO ESTE NÚMERO DE PRÉSTAMO ANTERIORMENTE?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
SI CONTESTASTE "SÍ", INCLUYE LOS NÚMEROS DE RECLAMACIONES				

**INFORMACIÓN DE DESEMPLEO**

FECHA EN QUE QUEDASTE DESEMPLEADO	_____	_____	_____	RAZÓN POR LA CUAL QUEDASTE DESEMPLEADO
	MES	DÍA	AÑO	
¿ESTÁS RECIBIENDO BENEFICIOS DE DESEMPLEO DURANTE ESTE PERIODO?	SI CONTESTASTE "NO", ¿POR QUÉ?			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿ESTÁS TRABAJANDO ACTUALMENTE?	SI CONTESTASTE "SÍ", ¿CUÁNDO COMENZASTE A TRABAJAR DE NUEVO?		_____	_____
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			MES	DÍA
<p><b>SI ESTÁS REGISTRADO CON ALGUNA AGENCIA LOCAL O ESTATAL DE DESEMPLEO, POR FAVOR INCLUYE TU TARJETA DE REGISTRO.</b></p>				

A ser completada por el patrono sin costo alguno a la compañía.

Yo soy el patrono del asegurado nombrado y, con el fin de proveer información a la compañía que promueva el pago de la reclamación de dicho asegurado, certifico lo siguiente:

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO

 FECHA DE  
COMIENZO EN EL  
EMPLEO

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

 ULTIMO DÍA  
TRABAJADO

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

RAZÓN POR LA INTERRUPCIÓN DE EMPLEO

TIPO DE EMPLEO

 TIEMPO COMPLETO    TIEMPO PARCIAL    TEMPORADA    TEMPORERO

 CANTIDAD DE HORAS  
TRABAJADAS SEMANALMENTE

POSICIÓN DEL EMPLEADO

BREVE DESCRIPCIÓN DE DEBERES

 FECHA EN QUE  
REGRESÓ A  
TRABAJAR

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

 ¿HA REANUDADO EL EMPLEADO  
TODAS SUS  
RESPONSABILIDADES?

 SÍ    NO

 SI CONTESTÓ "SÍ", ¿CUÁNTAS  
HORAS ESTÁ TRABAJANDO POR  
SEMANA?

COMENTARIOS ADICIONALES

**INFORMACIÓN DEL PATRONO**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

TELÉFONO DE CONTACTO

NÚMERO DE FAX

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA

COMPLETADO POR:    NOMBRE

TÍTULO

CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

**De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección:**

Declaro que he provisto la información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de desempleo que el asegurado se apresta a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de su esta reclamación. Además, certifico que he leído y completado la sección del formulario que me corresponde en todas sus partes y comprendo que la información así certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.

Favor de confirmar que la información aquí provista es correcta y fidedigna.

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO NOMBRADO

NÚMERO DE PRÉSTAMO

RÁZON DEL DESEMPLEO

 ÚLTIMA  
FECHA  
TRABAJADA

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

¿CONTINUÁS SIN TRABAJAR?

 SÍ  NO

 SI NO, FECHA  
DE REGRESO  
AL TRABAJO

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

**INFORMACIÓN DEL NEGOCIO**

NOMBRE DEL NEGOCIO

 FECHA DE  
COMIENZO DEL  
NEGOCIO

 \_\_\_\_\_  
MES

 \_\_\_\_\_  
DÍA

 \_\_\_\_\_  
AÑO

DIRECCIÓN DEL NEGOCIO

TELÉFONO DE TRABAJO

FAX

CORREO ELECTRÓNICO

Por favor certifica que toda la información aquí provista es correcta y fidedigna.

**AUTORIZO** a cualquier patrono, médico, hospital, clínica o cualquier otra institución médica o relacionada con servicios médicos, al “Medical Information Bureau, Inc.”, compañía aseguradora o reaseguradora, asegurador, agencia encargada del cumplimiento de las leyes, cuerpo de bomberos o cualquier otra organización o persona que tenga expedientes, datos o información referente a esta reclamación que provea, de ser solicitado dicho expediente, datos o información a Caribbean American Life Assurance Company Caribbean American Property Insurance Company (las aseguradoras) o a su representante o representantes autorizados. Entiendo que, al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea confidencial, por cuanto la misma es pertinente para el trámite o investigación de mi reclamación. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original. Entiendo y certifico que esta autorización es válida para todos los expedientes o cualquier parte de éstos que sean requeridos, que pudieran incluir tratamientos para padecimientos físicos o mentales, uso de alcohol/substancias controladas, y/o resultados de pruebas o diagnóstico y tratamiento del virus de inmunodeficiencia adquirida/SIDA. Expresamente consiento a la divulgación de información como se señala anteriormente. Esta autorización estará vigente durante 6 meses a partir de la fecha en que se firme.

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN VERBAL

Es importante para nosotros salvaguardar la privacidad de nuestros clientes y proteger información privada y confidencial. Igualmente entendemos que, en ocasión, un reclamante pudiera querer autorizar a terceros para hablar con Assurant en representación suya. Por favor, completa esta sección de autorización para que otros puedan discutir detalles de tu reclamación. Sin esta autorización no podemos hablar con nadie excepto el reclamante.

Autorizo a Assurant a hablar con \_\_\_\_\_, quien es mi \_\_\_\_\_, sobre mi reclamación.

## RESPONSABILIDAD POR INFORMACIÓN FRAUDULENTO

**TODA PERSONA** que suministre información verbalmente o por escrito u ofrezca cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyan actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000) ni mayor de diez mil dólares (\$10,000), 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.

## FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA

\_\_\_\_\_  
MES\_\_\_\_\_  
DÍA\_\_\_\_\_  
AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he recibido información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación a la cubierta de desempleo que me apresto a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de mi reclamación. Además, certifico que he leído y completado el formulario en todas sus partes y comprendo que la información así certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.