

DE CONTAR CON MÁS DE UNA PÓLIZA DEBEN DE REQUISITARSE TODOS LOS DATOS EN LA SECCIÓN II Y EN UN SOLO FORMATO DE RECLAMACIÓN.

SECCIÓN I. DATOS DEL ASEGURADO		
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)		EDAD
TELEFONO CELULAR (10 DIGITOS)		CORREO ELECTRÓNICO (INDISPENSABLE)
		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

NUMERO DE REPORTE (INDISPENSABLE): _____

POR ESTE MEDIO, MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE A PARTIR DEL DÍA _____ DEL MES DE _____ DE _____, ME ENCUENTRO:

- ☐ DESEMPLEADO INVOLUNTARIAMENTE
DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO, ESTA COBERTURA SE OTORGA EXCLUSIVAMENTE A EMPLEADOS, ES DECIR "TODA PERSONA FÍSICA QUE SE ENCUENTRE EJERCENDO UNA ACTIVIDAD REMUNERADA BAJO UN VÍNCULO DE SUBORDINACIÓN Y DEPENDENCIA POR VIRTUD DE UN CONTRATO POR TIEMPO INDETERMINADO.
- ☐ INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL
DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO, ESTA COBERTURA SE OTORGA EXCLUSIVAMENTE A AUTOEMPLEADOS, ES DECIR "TODA PERSONA FÍSICA QUE SEA TRABAJADOR, COMERCIANTE O PROFESIONISTA Y LABORE DE FORMA INDEPENDIENTE Y PERCIBE UN INGRESO POR DICHA ACTIVIDAD"

SECCIÓN II. LLENAR SEGÚN TIPO DE SEGURO Y/O CRÉDITO A RECLAMAR

SEGURO DE DESEMPLEO VINCULADO A CRÉDITO

CRÉDITO NOMINA ☐	NÚMERO DE CRÉDITO		FECHA DE OTORGAMIENTO	
	EN CASO DE TRATARSE DE UN CRÉDITO REESTRUCTURADO CRÉDITO ANTERIOR:			
	NÚMERO DE CRÉDITO		FECHA DE OTORGAMIENTO	
CRÉDITO HIPOTECARIO ☐	NÚMERO DE CRÉDITO		FECHA DE OTORGAMIENTO	
	EN CASO DE TRATARSE DE UN CRÉDITO REESTRUCTURADO CRÉDITO ANTERIOR:			
	NÚMERO DE CRÉDITO		FECHA DE OTORGAMIENTO	
CRÉDITO LÍNEA EXPRESS ☐	NÚMERO DE CRÉDITO		FECHA DE OTORGAMIENTO	
	NÚMERO DE TARJETA		IMPORTA DE DISPOSICIÓN	
	NÚMERO DE CRÉDITO		FECHA DE OTORGAMIENTO	
	NÚMERO DE TARJETA		IMPORTA DE DISPOSICIÓN	
CRÉDITO AUTOMOTRIZ ☐	NÚMERO DE CRÉDITO		FECHA DE OTORGAMIENTO	
	NÚMERO DE TARJETA		IMPORTA DE DISPOSICIÓN	
	NÚMERO DE CRÉDITO		FECHA DE OTORGAMIENTO	
	NÚMERO DE TARJETA		IMPORTA DE DISPOSICIÓN	

SEGURO DE DESEMPLEO INDIVIDUAL

☐ SEGURO DE DESEMPLEO	NÚMERO PÓLIZA	FECHA DE CONTRATACIÓN	DÍA	MES	AÑO
☐ PROTECCIÓN OPORTUNA	NÚMERO DE CUENTA/TARJETA VIGENTE				

NOTA IMPORTANTE: EL NÚMERO DE CRÉDITO ES UN DATO INDISPENSABLE PARA EL ANÁLISIS DE LA RECLAMACIÓN, EN CASO DE QUE ESTÉ NO FUERA PROPORCIONADO, LA DOCUMENTACIÓN APORTADA SERÁ DEVUELTA AL ACREDITADO. (VÍA CORREO ELECTRÓNICO O SUCURSAL DE ENVÍO).

SECCIÓN III. INFORMACIÓN GENERAL DEL EVENTO RECLAMADO (DESEMPLEO)

NOMBRE DE LA EMPRESA EN LA CUAL LABORABA

DOMICILIO DE LA EMPRESA

TELÉFONOS

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA

FECHA DE TÉRMINO DE LA RELACIÓN LABORAL:

ÚLTIMO INGRESO MENSUAL PERCIBIDO

EL TÉRMINO DE LA RELACIÓN LABORAL FUE
FORMALIZADO MEDIANTE CONVENIO
CELEBRADO ANTE EL TRIBUNAL DE
CONCILIACIÓN

☐ SI
☐ NO

EL TÉRMINO DE LA RELACIÓN LABORAL SE
ENCUENTRA EN GESTIÓN EN LA JUNTA DE
CONCILIACIÓN

☐ SI
☐ NO

¿CUAL FUE LA CAUSA PRINCIPAL DE DESPIDO?

SECCIÓN IV. INFORMACIÓN GENERAL DEL EVENTO RECLAMADO (INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL)

ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA PARA OBTENER
SUS INGRESOS:

PADECIMIENTO O ENFERMEDAD MOTIVO DE LA
INCAPACIDAD:

FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD O FECHA
DE PRIMEROS SÍNTOMAS DEL PADECIMIENTO
Y/O ENFERMEDAD:

EN CASO DE QUE LA INCAPACIDAD PROVENGA DE ACCIDENTE INDICAR CAUSA Y FECHA:

ACEPTO Y ESTOY ENTERADO QUE EN CASO DE QUE LOS DOCUMENTOS ANEXOS NO CUMPLAN LAS CONDICIONES SOLICITADAS POR LA ASEGURADORA NO ESTARÁ EN POSIBILIDAD DE EMITIR DICTAMEN EN CUYO CASO CONTINUARE REALIZANDO LOS PAGOS DE LAS MENSUALIDADES CORRESPONDIENTES AL CRÉDITO Y/O TDC RESPECTIVO.

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ÉL ES VERDADERA Y ESTÁ ACORDE CON LOS ANTECEDENTES MÉDICOS QUE CONOZCO Y ME HAGO RESPONSABLE DE SUS CONSECUENCIAS

V. INSTRUCCIONES DE PAGO (SOLO PARA PÓLIZA INDIVIDUAL)

EN CASO DE RESULTAR PROCEDENTE LA RECLAMACIÓN MANIFIESTO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL PAGO SE REALICE A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA A LA CUENTA QUE A CONTINUACIÓN SE INDICA (ANEXAR COPIA DEL ESTADO DE CUENTA).

NO. DE CUENTA SANTANDER (11 DIGITOS):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO. DE CUENTA OTRO BANCO:

CLABE INTERBANCARIA OTRO BANCO (18 DIGITOS):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A NOMBRE DE:

BANCO EMISOR:

NOTA: EL PAGO PARA SECURITY SE REALIZARA A LA TARJETA DE CRÉDITO LIGADA AL SEGURO

SECCION VI. FINIQUITO SUJETO A CONDICION SUSPENSIVA

ZURICH SANTANDER SEGUROS MEXICO S.A. ANTES SEGUROS SANTANDER S.A., GRUPO FINANCIERO SANTANDER SEÑALANDO COMO DOMICILIO CONVENCIONAL PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE AVISO EL SEÑALADO AV. JUAN SALVADOR AGRAZ #73 PISO 3 COL. SANTA FE CUAJIMALPA, DEL CUAJIMALPA DE MORELOS, C.P. 05348, MÉXICO D.F., HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE SUS DATOS PERSONALES SERÁN PROTEGIDOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES ASÍ COMO POR NUESTRA POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y QUE EL TRATAMIENTO QUE SE HAGA DE SUS DATOS SERÁ CON LA FINALIDAD, ENUNCIANDO SIN LIMITAR, DE DAR CUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES PACTADAS ENTRE LAS PARTES, LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PROPIAS, RELACIONADAS Y DERIVADAS DE NUESTRO OBJETO SOCIAL, ASÍ COMO PARA FINES COMERCIALES Y PROMOCIONALES. USTED PODRÁ CONSULTAR NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD COMPLETO EN LA PÁGINA WWW.SANTANDER.COM.MX.

CONSENTIMIENTO

AUTORIZO A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MEXICO S.A. ANTES SEGUROS SANTANDER S.A., GRUPO FINANCIERO SANTANDER** PARA TRATAR Y EN SU CASO, TRANSFERIR MIS DATOS PERSONALES INCLUIDOS LOS PATRIMONIALES O FINANCIEROS Y LOS SENSIBLES, PARA LOS FINES VINCULADOS CON LA RELACIÓN JURÍDICA QUE TENGAMOS CELEBRADA, O QUE EN SU CASO, SE CELEBRE, ASÍ COMO PARA LOS PREVISTOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD CUYO CONTENIDO CONOZCO Y ENTIENDO POR HABER SIDO PREVIAMENTE PUESTO A MI DISPOSICIÓN.

EN CASO DE HABER PROPORCIONADO DATOS PERSONALES, SENSIBLES, PATRIMONIALES O FINANCIEROS DE OTROS TITULARES, ME OBLIGO A HACER DEL CONOCIMIENTO DE DICHS TITULARES QUE HE PROPORCIONADO TALES DATOS A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MEXICO S.A. ANTES SEGUROS SANTANDER S.A., GRUPO FINANCIERO SANTANDER** Y A HACER DE SU CONOCIMIENTO LOS LUGARES EN DONDE SE ENCUENTRA A SU DISPOSICIÓN EL REFERIDO AVISO DE PRIVACIDAD.

CON LA SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO OTORGO A **ZURICH SANTANDER SEGUROS MEXICO S.A. ANTES SEGUROS SANTANDER, S.A. GRUPO FINANCIERO SANTANDER (LA ASEGURADORA)** EL MÁS AMPLIO Y COMPLETO FINIQUITO QUE EN DERECHO EXISTA RESPECTO DEL PAGO QUE SE EFECTUÉ POR LA RECLAMACIÓN QUE REALIZÓ.

EN CASO DE RESULTAR PROCEDENTE LA RECLAMACIÓN, MANIFIESTO MI CONOCIMIENTO DE QUE TODOS LOS PAGOS GENERADOS POR **ZURICH SANTANDER SEGUROS MEXICO S.A. ANTES SEGUROS SANTANDER S.A., GRUPO FINANCIERO SANTANDER** SERÁN REALIZADOS AL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA CONTRATADA. ESTE FINIQUITO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE EFECTIVAMENTE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS REALICE AL BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA EL PAGO INICIAL O DE CADA UNO DE LAS INDEMNIZACIONES MENSUALES DE SER SU CASO.

FECHADO EN:

_____ A _____ DE _____ DE _____
CIUDAD, ESTADO DIA MES AÑO

NOMBRE Y FIRMA

R.F.C

SI ELIGIÓ LA RED DE SUCURSALES PARA EL ENVÍO DE DOCUMENTOS A LA ASEGURADORA SOLICITE AL EJECUTIVO BANCARIO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE DEL EJECUTIVO	SUCURSAL (NOMBRE Y NÚMERO)	CORREO ELECTRÓNICO

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA TRÁMITE DE SINIESTRO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

- ✓ ASEG-097 FORMATO DE RECLAMACIÓN DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEBIDAMENTE REQUISITADO Y FIRMADO
- ✓ ASEG-163 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE BENEFICIOS DEBIDAMENTE REQUISITADO Y FIRMADO **CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**
- ✓ COMPROBANTE DE DESEMPLEO: (AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES)
 - COPIA SIMPLE DE LA RESOLUCIÓN DEL LAUDO ARBITRAL ANTE LA JUNTA DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE
 - COPIA SIMPLE DEL CONVENIO DE TERMINACIÓN CON DESGLOSE DE CONCEPTOS DE LIQUIDACIÓN RATIFICADO ANTE LA JUNTA DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE COMPLETA
 - COPIA SIMPLE DE LA CARTA DEL EMPLEADOR ESPECIFICANDO MOTIVO DE DESPIDO FIRMADA POR PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS CON SELLO Y DATOS DEL CONTACTO
 - COPIA SIMPLE DEL FINIQUITO CON DESGLOSE DE CONCEPTOS DE LIQUIDACIÓN
- ✓ COPIA SIMPLE DEL REPORTE SEMANAS COTIZADAS (IMSS, ISSSTE, INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL SIMILAR) (SI CUENTA CON EL)

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA TRÁMITE DE SINIESTRO DE INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL

- ✓ ASEG-097 FORMATO DE RECLAMACIÓN DESEMPLEO INVOLUNTARIO DEBIDAMENTE REQUISITADO Y FIRMADO
- ✓ ASEG-163 FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE BENEFICIOS DEBIDAMENTE REQUISITADO Y FIRMADO **CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**
- ✓ ASEG-162 FORMATO DE INFORME MÉDICO, ELABORADO POR EL MÉDICO QUE DIAGNOSTICA LA INCAPACIDAD
- ✓ COPIA SIMPLE DE LOS 3 ÚLTIMOS COMPROBANTES DE INGRESO DEL AUTOEMPLEO
- ✓ COPIA SIMPLE DEL ÚLTIMO ESTADO DE CUENTA DE LA TARJETA DE CRÉDITO CORRESPONDIENTE AL MES INMEDIATO ANTERIOR AL EVENTO RECLAMADO **(SOLO PARA SECURITY)**
- ✓ COPIA SIMPLE DE ESTADO DE CUENTA NO MAYOR A TRES MESES DE ANTIGÜEDAD **(PARA PÓLIZA INDIVIDUAL)**

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR INFORMACIÓN ADICIONAL QUE ACLARE O COMPLEMENTE LA DOCUMENTACIÓN RECIBIDA O DE PRACTICAR LAS INVESTIGACIONES O PRUEBAS QUE RESULTEN NECESARIAS PARA PROCEDER AL DICTAMEN DEFINITIVO DE LA RECLAMACIÓN.

ESTA DOCUMENTACIÓN SERÁ ENTREGADA AL EJECUTIVO DE SUCURSAL SANTANDER Y EL LA ENVIARA VÍA VALIJA A: GERENCIA DE PERSONAS, DOMICILIO: AV. JUAN SALVADOR AGRAZ #73 PISO 3 COL. SANTA FE CUAJIMALPA, DEL CUAJIMALPA DE MORELOS, C.P. 05348, CDMX.

EN CASO DE SINIESTRO, DUDAS O ACLARACIONES:

NOTIFIQUE INMEDIATAMENTE AL TELÉFONO 5169 4300 DESDE LA CIUDAD DE MÉXICO Y DEL INTERIOR DE LA REPÚBLICA AL (55) 5169 4300 OPCIÓN 2, OPCIÓN 1.