

Formulario Reclamación Renta Segura

FECHA _____

Datos del deudor

NOMBRE COMPLETO		CÉDULA
PLAN	TELÉFONO DEL CONTACTO	CORREO ELETRÓNICO

Cobertura reclamado
 Desempleo

PATRONO	FECHA DE INGRESO
POSICIÓN	FECHA DE DESEMPLEO
CAUSA DE DESEMPLEO	

 Hospitalización

ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA

FECHA DE HOSPITALIZACIÓN	DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	CENTRO CLÍNICO
DIRECCIÓN DEL CENTRO CLÍNICO		
CAUSA DE LA HOSPITALIZACIÓN		
MÉDICO TRATANTE	ESPECIALIDAD	
DIRECCIÓN DEL MÉDICO		
TELÉFONO DEL MÉDICO	CÉLULAR	OTRO

Documentación presentada

- Formulario de reclamación
- Copia de la cédula del asegurado
- Estado de cuenta indicando el balance de la factura a la fecha
- Copia carta de desempleo con el logo, 'sello y RNC de la empresa*
- Copia del cheque de las prestaciones laborales*
- Informe del médico tratante con el diagnóstico médico**
- Certificado del Centro Clínico que acredite la hospitalización del asegurado en dicho recinto**
- Cualquier otro documento que la Compañía considere necesario para completar el expediente de la reclamación

* Aplica solo para desempleo

** Aplica solo por hospitalización

 Firma del contratante

 Firma del reclamante

 fecha