

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 otra cuenta protegida por 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 POR DESEMPLEO INICIAL**

- Completar y firmar el formulario.
- Incluir copia de identificación con foto.
- Debes someter cada mes tu información actualizada utilizando este mismo formulario. De necesitar una copia nueva, puedes descargar el formulario de reclamaciones de **Desempleo Continuo** a través de nuestro portal de autogestión visitando: [pr.assurantcustomerportal.com](http://pr.assurantcustomerportal.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 COMPLETO DEL ASEGURADO			
NÚMERO DE RECLAMACIÓN		NÚMERO COMPLETO DE SEGURO SOCIAL	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA		NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO	
¿HAS CAMBIADO DE DIRECCIÓN?		SI CONTESTASTE SI, ESCRIBE TU NUEVA DIRECCIÓN	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿HAS VUELTO A TRABAJAR DESDE QUE QUEDASTE DESEMPLEADO?		SI CONTESTASTE "SÍ", ¿QUÉ TIPO DE TRABAJO ES?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL	
		SI CONTESTASTE "SÍ", ¿CUÁNDO EMPEZASTE?	
		_____    _____    _____ MES                      DÍA                      AÑO	
¿ESTÁS RECIBIENDO BENEFICIOS POR DESEMPLEO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<b>SI CONTESTASTE "SÍ", INCLUYE COPIA DE TUS TALONARIOS DE CHEQUES DE DESEMPLEO. SI ESTÁS REGISTRADO CON ALGUNA AGENCIA LOCAL O ESTATAL DE DESEMPLEO, POR FAVOR INCLUYE TU TARJETA DE REGISTRO. LOS CHEQUES O TARJETA DE REGISTRO DEBERÁN MOSTRAR APROXIMADAMENTE LAS FECHAS QUE ESTÁS RECLAMANDO.</b>			
INCLUYE EVIDENCIA DE TUS ESFUERZOS DE BÚSQUEDA DE TRABAJO Y MARCA EL TIPO DE DOCUMENTACIÓN QUE ESTAS SOMETIENDO: <input type="checkbox"/> RESUMÉS FIRMADOS POR LA COMPAÑÍA QUE LOS RECIBIÓ O CONFIRMACIÓN DE FACSIMIL. <input type="checkbox"/> CORREOS ELECTRÓNICOS CURSADOS EN BÚSQUEDA DE TRABAJO. <input type="checkbox"/> SOLICITUDES DE TRABAJO SOMETIDAS EN PÁGINAS DE INTERNET ESPECIALIZADAS TALES COMO MONSTER E INDEED. <input type="checkbox"/> OTRO:			

**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.

**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.

"Por la presente certifico que la información indicada anteriormente se basa en una probabilidad médica razonable, y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber."

FIRMA DEL ASEGURADO	_____	_____	_____
	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 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.