

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 LICENCIA SIN SUELDO

- Completar y firmar las Secciones 1 y 3.
- Solicita a tu patrono que complete la Sección 2.
- Incluir copia del estado de cuenta de tu tarjeta de crédito con fecha de cierre justo después del comienzo de la licencia sin sueldo y copia de identificación con foto.
- Incluir todos los documentos que se solicitan por cada evento que te corresponda en la sección 1 y la confirmación del patrono autorizando la licencia sin sueldo.
- 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.

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



En línea, visitando:
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
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 TARJETA DE CRÉDITO		
NOMBRE COMPLETO		FECHA DEL EVENTO	_____	_____
			MES	DÍA
				AÑO
DIRECCIÓN FÍSICA				
DIRECCIÓN POSTAL				
NÚMERO COMPLETO DE SEGURO SOCIAL			NÚMERO DE LICENCIA	
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO SECUNDARIO		TELÉFONO ALTERNO
¿NOS AUTORIZA A ENVIARLE CORREOS ELECTRÓNICOS?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
CORREO ELECTRÓNICO				
<p>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 CONTACTARLE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA PROVEER APOYO Y ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN, SEGÚN LO PERMITA LA LEY.</p>				
DOCUMENTOS REQUERIDOS				
<p>POR CUIDADO DE ALGÚN FAMILIAR INMEDIATO DEBIDO A UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD</p> <input type="checkbox"/> Evidencia médica de la condición del familiar inmediato. <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento o matrimonio				
<p>POR DECLARACIÓN DE ZONA DE DESASTRE POR AUTORIDADES FEDERALES</p> <input type="checkbox"/> Documentación oficial de la agencia federal que haya emitido la declaración de zona de desastre. <input type="checkbox"/> Recibo de servicios de agua, electricidad y teléfono con la dirección del asegurado.				
<p>POR RE-ACTIVACIÓN MILITAR DEL ASEGURADO</p> <input type="checkbox"/> Copia de documento oficial de reactivación militar.				
<p>POR ADOPCIÓN O NACIMIENTO DE UN HIJO</p> <input type="checkbox"/> Copia del certificado de adopción o de nacimiento.				
¿Cuál es la duración de la Licencia sin Sueldo?		Desde:	Hasta:	

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 LICENCIA SIN SUELDO
POSICIÓN DEL EMPLEADO
BREVE DESCRIPCIÓN DE DEBERES DEL EMPLEADO
**FECHA EN QUE
REGRESÓ A
TRABAJAR**

MES

DÍA

AÑO

**¿EL EMPLEADO HA REANUDADO
TODAS SUS RESPONSABILIDADES?**
 SÍ NO

**SI CONTESTO 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 información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de licencia sin sueldo 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 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.

Por favor certifica que toda la información aquí provista es correcta y fidedigna. Esta sección es requerida para todo tipo de reclamaciones.

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 FRAUDULENTE

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 de licencia sin sueldo 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 aquí 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.