



**FORMATO DE RECLAMACIÓN  
POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

**\*\* LLENAR CON LETRA DE MOLDE CLARAMENTE LEGIBLE SIN OMITIR DATOS Y SIN TACHADURAS NI ENMENDADURAS \*\***

**Documentación Requerida.**

- 1. Llenar Formato de Reclamación por Desempleo FRD-GE-1 Sección 1 y Sección 2.
- 2. Copia de identificación oficial del asegurado: (Credencial IFE, Pasaporte Vigente, Cédula Profesional o Cartilla).
- 3. Copia del Consentimiento/Certificado del seguro debidamente requisitado y firmado.
- 4. Estado de Cuenta del Crédito a la fecha del Desempleo (Sin Adeudos).
- 5. Copia de recibos de nomina (últimos 3 meses)
- 6. Original del finiquito de despido con firma y sello.
- 7. Copia de alta y baja del IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM o cualquier otra Institución a la cual se haya encontrado afiliado.
- 8. En caso de desempleo injustificado sin liquidación, el acreditado deberá presentar el laudo arbitral en el que se declara que no hubo justificación para el desempleo del asegurado.
- 9. Carta emitida por la empresa indicando el motivo explícito de la separación laboral.
- 10. Copia del contrato laboral.

**SECCION 1.  
INFORMACIÓN DEL TITULAR**

No. de Certificado		No. de Cuenta del Crédito		Fecha de desempleo (Año, Mes, Día). / /	
Nombre del Asegurado, Apellido Paterno y Apellido Materno			Fecha de Nacimiento. (Año, Mes, Día). / /		Edad.
Nombre del Reclamante, Apellido Paterno y Apellido Materno.					
Domicilio del Solicitante. (Calle, Número, Colonia, C.P., Ciudad, Estado)					
Teléfono casa con LADA		Teléfono recados con LADA		E - Mail	
Número de afiliación S.S.					
Usted ha presentado alguna reclamación anteriormente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				En caso afirmativo, ¿Cuándo? (Año, Mes, Día). / /	

**DECLARACIONES IMPORTANTES DEL ASEGURADO.**

Por medio de la presente declaro que:

1. Al día de hoy continuo desempleado, por lo que solicito el pago de la mensualidad del seguro de desempleo que tengo contratado con ASSURANT VIDA, S.A. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado Titular o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.
2. La información aquí contenida es correcta y verdadera. Reconozco que la falsedad de declaraciones puede constituir un delito, con penas que pueden llegar hasta la pérdida de la libertad.
3. Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la terminación de mi relación de trabajo no fue por las causas descritas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).
4. Expresamente manifiesto mi consentimiento a la Aseguradora ASSURANT VIDA, S.A.. y a sus reaseguradoras, agentes o representantes para que recaben información del suscrito ante CONSAR y la AFORE ante la que me encuentre afiliado respecto del estado que guardan mis contribuciones u otra organización, empresa o persona en la que obre información relacionada con esta solicitud. Entiendo que al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea de carácter confidencial, ya que la misma es pertinente y necesaria para el trámite o investigación de mi reclamación.

Nombre y Firma del Reclamante		Fecha (Año, Mes, Día) / /
-------------------------------	--	------------------------------



**FORMATO DE RECLAMACIÓN  
POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

\*\* LLENAR CON LETRA DE MOLDE CLARAMENTE LEGIBLE SIN OMITIR DATOS Y SIN TACHADURAS NI ENMENDADURAS \*\*

**SECCIÓN 2.  
DECLARACIÓN**

Tipo de Empleo / Contrato			<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Independiente
			<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Temporal
Motivo del Desempleo.				
<input type="checkbox"/> Renuncia		<input type="checkbox"/> Cierre de Empresa		<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Despido		<input type="checkbox"/> Término de Contrato		
<b>* Si fue despido, ¿cuál fue la causa?</b>				
¿La interrupción del trabajo fue permitida y aprobada?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No.
Nombre de la Compañía				
Dirección Completa de la Compañía. (Calle, Número, Colonia, C.P., Ciudad, Estado)				
RFC de la Compañía.			Teléfonos.	
Puesto u Ocupación.		Breve descripción de sus actividades.		
Fecha del último día que laboró en la Compañía ( Año , Mes , Día ) / /		¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha en que ingresó al trabajo ( Año , Mes , Día ) / /
<b>DECLARACIONES IMPORTANTES DEL ASEGURADO.</b>				
Por medio de la presente declaro que:				
1. Al día de hoy continuo desempleado, por lo que solicito el pago de la mensualidad del seguro de desempleo que tengo contratado con ASSURANT VIDA, S.A. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado Titular o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.				
2. La información aquí contenida es correcta y verdadera. Reconozco que la falsedad de declaraciones puede constituir un delito, con penas que pueden llegar hasta la pérdida de la libertad.				
3. Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la terminación de mi relación de trabajo no fue por las causas descritas en el artículo 47 de la Ley Federal del Trabajo (despido con causa).				
4. Expresamente manifiesto mi consentimiento a la Aseguradora ASSURANT VIDA, S.A. y a sus reaseguradoras, agentes o representantes para que recaben información del suscrito ante CONSAR y la AFORE ante la que me encuentre afiliado respecto del estado que guardan mis contribuciones u otra organización, empresa o persona en la que obre información relacionada con esta solicitud. Entiendo que al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea de carácter confidencial, ya que la misma es pertinente y necesaria para el trámite o investigación de mi reclamación.				
<p><b>** NOTA: El Formato de Reclamación por Desempleo (FRD-GE-1) e información adicional deberán ser enviados a la siguiente dirección: Blvd. Díaz Ordaz # 3102 3er Piso Área de Cobranza. (E/ Av. Santa Barbara y Corregidora) Col. Santa María. C.P. 64650, Monterrey N.L. Con atención a Lic. Blanca Corona C.</b></p> <p><b>De continuar desempleado, para aplicar la mensualidad subsecuente, es necesario que requisiere cada mes el formato de continuación de desempleo anexo (FCD-GE-1) y lo envíe a la dirección de correo electrónico (blanca.corona@ge.com).</b></p> <p><b>Para cualquier duda o aclaración llamar al número gratuito de Atención a Clientes 01-800-083-4343.</b></p>				
Nombre y Firma del Reclamante			Fecha (Año, Mes, Día) / /	