

Nº de Crédito

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

# Formato de Reclamación

Incapacidad Total Temporal



Tipo de Reclamación

Inicial    Subsecuente

(use únicamente tinta negra y letra de molde)

## DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (s)			Apellido Paterno				Apellido Materno				
Calle y Número						Colonia					
Delegación o Municipio				Estado				Código Postal			
Delegación o Municipio				Nacionalidad		Ocupación o Profesión		Actividad o Giro del Negocio			
Teléfonos con Clave de Larga Distancia											
Casa (LADA)			Móvil (LADA)				Otros (LADA)				
Fecha de Nacimiento			No. de Seguros Social (N.S.S.)				Correo Electrónico				
D   D   M   M   A   A   A   A							_____ @ _____				

## INDEPENDIENTE - Complete únicamente si es Trabajador Independiente

Nombre de la Empresa o Persona Física					Giro de la Empresa u Ocupación						
Calle y Número						Colonia					
Delegación o Municipio				Estado				Código Postal			
Teléfonos con Clave de Larga Distancia											
Tel (LADA)			Otro (LADA)				Otros (LADA)				
Inicio de la Incapacidad			¿Se ha Reintegrado a laborar?		Fecha en la que se Reincorporó a trabajar			Días de Incapacidad			
D   D   M   M   A   A   A   A			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		D   D   M   M   A   A   A   A						
Motivo de Incapacidad				¿Ha sufrido este padecimiento antes?		Si Su Respuesta Es Sí, ¿En Qué Fecha Tuvo los Primeros Síntomas?					
				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		D   D   M   M   A   A   A   A					

## JUNTO CON SU FORMATO DE RECLAMACIÓN ENVÍE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS (Marque los documentos enviados)

- Copia legible por ambos lados de la identificación oficial del titular    Copia del último comprobante de ingresos y última declaración fiscal.
- Dictamen médico de Incapacidad Total Temporal, indicando el periodo de la incapacidad.
- Copia del certificado original debidamente firmado.    Copia del contrato del crédito.

## RECLAMACIÓN SUBSECUENTE

- Dictamen médico de Incapacidad Total Temporal, indicando el periodo de la incapacidad

## DECLARACIONES

- Al firmar la presente reclamación acepto que toda la información aquí asentada es correcta y verdadera, de no serlo reconozco que la compañía aseguradora podrá retirar todos mis derechos sobre mi póliza.
  - Acepto que cualquier médico, hospital o cualquier otra institución de salud a quienes ustedes pregunten podrán dar información respecto a los datos declarados en esta reclamación.
  - Acepto que debo dar a la compañía aseguradora toda la evidencia para probar que ésta es una reclamación válida
  - Acepto que la entrega de este formato no significa que automáticamente se haya aceptado la reclamación.**
- Por este medio manifiesto bajo protesta de decir verdad que a partir del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ me encuentro Incapacitado Total y Temporalmente

Fecha de llenado   D | D | M | M | A | A | A | A

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Una vez que cuente con toda la documentación y el formato completado, acuda a su concesionaria Chrysler para continuar el proceso de reclamación.
- INBURSA: 01800 9090 000 con un horario de atención 9:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes.
- Para cualquier duda o aclaración comuníquese al teléfono antes mencionados donde con gusto lo atenderemos y resolveremos todas sus dudas