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	◯ Si ◯ 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?
	◯ Si ◯ 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