

Formulario de reclamación por desempleo

Ayúdenos a tramitar su reclamación lo antes posible: rellene todos los datos posibles del formulario de reclamación y firmelo. Si el formulario no está totalmente cumplimentado, nos veremos obligados a devolvérselo, con el consiguiente retraso en su tramitación.

<u>Datos del asegurado (persona principal de la tabla)</u>	
Número de certificado / póliza	
Nombre y apellidos.....	Fecha de nacimiento: <input type="text"/> DD/MM/AAAA
Dirección.....	Población..... Código postal.....
Número de teléfono..... Dirección de correo electrónico.....	
Ocupación.....	
<u>Datos del solicitante (si es distinto del asegurado)</u>	
Nombre y apellidos.....	Fecha de nacimiento: <input type="text"/> DD/MM/AAAA
Dirección.....	Población..... Código postal.....
Número de teléfono..... Dirección de correo electrónico.....	
Ocupación..... Relación con el asegurado.....	
<u>Información sobre su ocupación</u>	
Ocupación.....	
Número de horas laborales semanales.....	
Tipo de empleo: jornada completa, jornada parcial, contrato temporal, contrato de aprendizaje, autónomo (rodee con un círculo la que corresponda)	
Si es autónomo, complete las preguntas siguientes; para el resto de tipos de empleo, pase a la sección siguiente.	
Fecha de alta en el régimen general de autónomos	<input type="text"/> DD/MM/AAAA
Fecha de inscripción en el centro de trabajo	<input type="text"/> DD/MM/AAAA
¿Abona el IRPF en virtud del anexo D?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del asesor contable.....	
Dirección.....	Población..... Código postal.....
¿Por qué motivo ha dejado de trabajar?.....	
.....	
Otros tipos de empleo:	
Nombre del empleador.....	
Dirección.....	Población..... Código postal.....
Fecha de inicio del empleo:	<input type="text"/> DD/MM/AAAA
¿En qué fecha supo que se iba a quedar sin empleo?	<input type="text"/> DD/MM/AAAA

¿En qué fecha se quedó sin empleo?

DD/MM/AAAA

¿Ha trabajado para el mismo empleador durante un periodo total continuado de 12 meses? Sí No

¿Por qué motivo se ha quedado sin empleo?.....

.....
.....

¿Ha estado desempleado ininterrumpidamente desde esa fecha? Sí No

En caso negativo, indique cuándo volvió a trabajar

DD/MM/AAAA

Solicitud de pago de indemnización

Ud. acepta que Stonebridge realice el pago de acuerdo a las instrucciones que figuran más abajo, Stonebridge se libera de cualquier responsabilidad que tengamos con Ud. en relación a esta póliza.

AVISO IMPORTANTE: *Por favor, tenga en cuenta que el pago de indemnización solo se efectuará por transferencia bancaria. Procederemos a efectuarle el ingreso en la cuenta desde la cual realiza el pago de sus primas mensuales.*

Si utiliza otro método de pago distinto a una transferencia bancaria, rellene por favor la siguiente información. En este caso será necesario presentar un certificado de titularidad de la cuenta, incluyendo su nombre completo y su dirección.

IBAN : _____

BIC : _____

Nombre del titular de la cuenta

Banco

Dirección

CiudadCódigo postal

Nombre del titular de la póliza/ beneficiario: _____

Firma

Fecha (DD/MM/AAAA)

Formulario de consentimiento y autorización al tratamiento de datos personales

Stonebridge forma parte del Grupo Embignell. Para poder gestionar su siniestro y administrar su Póliza, debemos guardar y procesar los datos recopilados, así como compartir dicha información con terceros que trabajan para nosotros. En el presente documento, se detalla el uso que daremos a dichos datos y se solicita su consentimiento. Necesitamos la aprobación tanto del titular de la póliza como del solicitante (la persona objeto del perjuicio).

Le rogamos que lea las siguientes condiciones y que firme el presente formulario, en caso de que esté conforme. En caso contrario, no podremos procesar su reclamación. Debemos recibir este formulario cumplimentado junto con el formulario de reclamación a fin de evaluar la misma.

Soy consciente de que al firmar este consentimiento:

1. Declaro que la información que proporciono en el formulario de siniestros y en todos los documentos que lo acompañan es veraz y está completa. todo fraude, información errónea u ocultación por mi parte puede motivar la cancelación inmediata de mi póliza y la pérdida de todo derecho a prestaciones, así como de las primas que pudiera haber abonado.
2. Consiento que Stonebridge procese y almacene mis datos personales, incluidos mis datos sensibles (a título enunciativo per no limitativo, la información médica), con el fin de evaluar y validar reclamaciones, administrar la póliza, proporcionar servicios y prevenir fraudes. Soy consciente de que, para ello, es posible que se compartan mis datos con otros miembros del Grupo Embignell y con terceros que trabajen en su nombre tanto en el Reino Unido como en el extranjero, incluso fuera del Espacio Económico Europeo.
3. Tengo el derecho de modificar, suprimir o impedir el almacenamiento de mis datos personales en relación a esta reclamación y puedo cambiar o modificar cualquier imprecisión, conciente de que esto pueda afectar a la capacidad de Stonebridge de procesar la reclamación.

Autorizo a Stonebridge a solicitar cualquier información personal sobre mi persona (incluida toda información médica) cuando sea necesario para atender mi reclamación y a transmitir la misma a terceros de manera que mi reclamación pueda ser atendida de manera apropiada.

Una copia de este consentimiento, se considerará tan válida como el documento original.

Titular de la póliza

Solicitante (persona asegurada)

Firma

Firma

Nombre del titular de la póliza (letras de imprenta)

Nombre del solicitante (letras de imprenta)

Fecha

Fecha