



PARTE II		CERTIFICACION DEL PATRONO		
Nombre del Reclamante:		Seguro Social:		/ /
Nombre Patrono:		Teléfono:	Correo electrónico:	
Dirección: Barrio / Urb / RR / HC / PO BOX	Núm. / Avenida / Calle	Ciudad	País	Código Postal
Fecha de empleo:	Fecha de terminación del empleo:	Fecha de notificación del despido (oral o escrita):		
Mes ____ Día ____ Año ____	Mes ____ Día ____ Año ____	Mes ____ Día ____ Año ____		
Tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Empleado regular a tiempo completo (mínimo 30 hrs. semanales) <input type="checkbox"/> Contratista Independiente <input type="checkbox"/> Contrato de empleado temporero <input type="checkbox"/> Cuenta propia				
Razón del despido:				
_____				
_____				
_____				
_____				
<b>Sello Corporativo</b>	Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es cierta. _____ Nombre del oficial autorizado _____ Firma del oficial autorizado <span style="float: right;">_____</span> <span style="float: right;">Fecha</span>			

**Instrucciones:**

- Complete la Declaración del Asegurado y Declaración del Patrono.
- Favor de incluir la carta de despido del patrono, copia del talonario que incluya las horas trabajadas y carta de la División de Seguro por Desempleo estableciendo elegibilidad. Además, copia de su historial de desempleo o de los talonarios de cheques. Se requiere esta información por cada mes en que haya permanecido continuamente desempleado. Las fechas de los talonarios o del historial deben corresponder con las fechas de la reclamación.
- Devuelva el formulario de reclamación a Triple-S Vida, Inc. Si el formulario no se completa en su totalidad, se le devolverá a su dirección postal y no se tramitará su reclamación.