



SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO DE DESEMPLEO

POR FAVOR DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO EN TINTA NEGRA

Fecha de reclamación

D M A

Datos del Asegurado

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento		
				D	M	A
Tipo de documento	Número de documento	Dirección correspondencia				
C.C. ☐ C.E. ☐						
Ciudad	Teléfono contacto	Teléfono celular	Correo electrónico			

Motivo de Reclamación

Por pérdida involuntaria del empleo ☐ Por encontrarse hospitalizado ☐ Por encontrarse temporalmente incapacitado para trabajar ☐

Trabajadores dependientes por pérdida involuntaria del empleo (Diligencie únicamente si está reclamando por Desempleo Involuntario)

Nombre de la empresa en que labora		NIT		Nombre Encargado Recursos Humanos			
Dirección		Teléfono		Ciudad			
Salario mensual		Fecha ingreso a la empresa		Fecha terminación del contrato			
		D	M	A	D	M	A
Cargo del Asegurado				No. de horas trabajadas a la semana			
¿Ha conseguido nuevo empleo?				Fecha ingreso nuevo empleo			
SÍ ☐ NO ☐				D	M	A	
Motivo de Retiro							
☐ Despido sin justa causa ☐ Supresión del cargo por reestructuración ☐ Suspensión de actividades por parte del empleador por más de 120 días ☐ Liquidación o clausura definitiva ☐ Terminación del contrato por mutuo acuerdo ☐ Otro _____							

Trabajadores independientes por encontrarse hospitalizado (Diligencie únicamente si está reclamando por Hospitalización)

Nombre de la empresa		NIT de la empresa					
Dirección		Teléfono		Ciudad			
Actividad de la empresa		Ocupación del Asegurado		Fecha de constitución			
				D	M	A	
Fecha de inicio de la hospitalización		Días de hospitalización		Motivo de la hospitalización			
D	M	A					
¿Ha sufrido este padecimiento o enfermedad antes?				Fecha			
SÍ ☐ NO ☐				D	M	A	
¿Se ha reintegrado nuevamente a su actividad luego de la hospitalización?				Fecha de reintegro			
SÍ ☐ NO ☐				D	M	A	

Trabajadores dependientes o independientes por encontrarse Incapacitado Temporalmente (Diligencie únicamente si está reclamando por Incapacidad Temporal)

Empleado (Diligencie únicamente si usted es empleado)

Nombre de la empresa en que labora		NIT		Nombre Encargado Recursos Humanos			
Dirección		Teléfono		Ciudad			
Ingreso a la empresa		Cargo del Asegurado		Tipo de contrato			
D	M	A		Término Fijo ☐ Indefinido ☐			

Independiente (Diligencie únicamente si usted es independiente)

Nombre de la empresa		NIT de la empresa		
Dirección		Teléfono		Ciudad
Actividad de la empresa		Ocupación del Asegurado		Fecha de constitución
				D M A

Datos de la incapacidad (Diligencie si usted es empleado o independiente)

Fecha Inicio de la Incapacidad		Días de Incapacidad		Motivo de la Incapacidad		
D	M	A				
¿Ha sufrido este padecimiento o enfermedad antes?				Fecha		
Sí ☐ NO ☐				D	M	A
¿Se ha reintegrado nuevamente a su actividad luego de la Incapacidad?				Fecha reintegro		
Sí ☐ NO ☐				D	M	A

Declaración

Solicito la indemnización para todos los créditos vigentes con seguro de desempleo.

Autorizo expresamente a Seguros Comerciales Bolívar S.A., a las coaseguradoras y reaseguradoras que cubren los riesgos bajo la Póliza, y sus respectivas entidades relacionadas o agentes para: (i) Tener acceso a mi historia clínica y de trabajo y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. (ii), Solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información y conservarla en sus archivos.

De ser aceptada la solicitud por parte de la Compañía Aseguradora, acepto que a la fecha de ocurrencia del siniestro mi(s) crédito(s) con seguro de desempleo debe(n) encontrarse al día.

Acepto que esta solicitud se encuentra sujeta a estudio y que por lo tanto la entrega de la misma no significa que se ha aceptado la reclamación.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE ESTA PÓLIZA TIENE PERIODO DE CARENIA

El periodo de carencia es un periodo contado a partir del inicio de la vigencia de la póliza y durante el cual a la ocurrencia de un evento no hay lugar al pago del valor asegurado.

La póliza y sus condiciones serán enviadas a su dirección de correspondencia. También puede consultarlas en la página www.davivienda.com

SELLO RECIBIDO DAVIVIENDA

FIRMA DEL ASEGURADO _____

DOC. DE IDENTIFICACIÓN _____ DE _____

Fecha recibido en Davivienda	D	M	A	Oficina:	
------------------------------	---	---	---	----------	--

PARA TRAMITAR SU RECLAMACIÓN POR FAVOR ANEXE A ESTA SOLICITUD LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO

PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR ENCONTRARSE HOSPITALIZADO O PARA TODOS LOS ASEGURADOS POR ENCONTRARSE INCAPACITADO TEMPORALMENTE**

SI ES POR PRIMERA VEZ

- a) Solicitud de indemnización en el formato establecido por BOLÍVAR, completamente diligenciado.
- b) Fotocopia de la cédula de ciudadanía o del documento de identificación.
- c) Fotocopia de la notificación formal de terminación del contrato laboral del trabajador particular u oficial Asegurado.
- d) En caso de no renovación del contrato a término fijo, el Asegurado deberá presentar la certificación con las fechas de inicio y de terminación originalmente pactadas de los diferentes contratos que acrediten que el empleado ha trabajado con un mismo empleador por un periodo superior a dieciocho (18) meses continuos, y que entre el fin de cada contrato y el inicio de la vigencia del siguiente contrato no existió un lapso que excediera de quince (15) días hábiles. En su defecto, el asegurado podrá presentar fotocopia de los contratos laborales o de las liquidaciones de todos los contratos.
- e) En caso de terminación anticipada del contrato a término fijo, la liquidación deberá acreditar el pago de los salarios que falten para cumplir el término del contrato inicialmente pactado.
- f) Para los trabajadores vinculados a través de contratos por obra o labor, copia del contrato y soporte de la indemnización de por lo menos quince (15) días de salario por despido sin justa causa.
- g) En caso de haber sido empleado con contrato a término fijo, deberá precisarse en la certificación la fecha de inicio y terminación originalmente pactada en el contrato; cuando la certificación laboral no contenga las fechas de inicio y de terminación originalmente pactadas, el Asegurado podrá presentar fotocopia del contrato laboral o de la liquidación.
- h) En caso de terminación por mutuo consentimiento del trabajador particular, el acuerdo conciliatorio o transaccional de terminación que demuestre el pago de una suma conciliatoria o transaccional por parte del empleador, en un monto igual o superior a 50% de la indemnización que el trabajador particular debía haber recibido por despido sin justa causa.
- i) Para el trabajador oficial, el acuerdo conciliatorio o el documento de aceptación del trabajador al plan de retiro aprobado por el gobierno o la liquidación final de salarios y prestaciones sociales, que incluya la compensación por retiro, siempre y cuando se demuestre el pago al trabajador oficial, de una suma conciliatoria o de la compensatoria por retiro, en un monto igual o superior a 50% al tiempo faltante para cumplir el plazo presuntivo, a la indemnización de perjuicios por daño emergente o lucro cesante, que pudiese declararse judicialmente o a la tabla indemnizatoria pactada convencionalmente.
- j) Fotocopia de los documentos probatorios de las diferentes situaciones que dieron origen a los acuerdos consensuados de terminación de los contratos de trabajo de los trabajadores particulares y oficiales, como supresión de empleos, cierre de la empresa o establecimiento, reestructuración, fusión, transformación del empleador, implantación de planes de retiro compensado y propuestas de retiro conciliatorio o mediante acuerdo transaccional, para el caso de los trabajadores particulares.
- k) Fotocopia de la notificación formal de desvinculación del empleado público de libre nombramiento y remoción.
- l) Fotocopia de la notificación formal de desvinculación del empleado público de carrera administrativa por supresión del empleo, si el empleado no opta por su derecho preferencial a la incorporación o reincorporación; si el empleado opta por su derecho preferencial, fotocopia del documento donde acepta la indemnización después de transcurridos seis (6) meses, sin que la reincorporación haya sido posible.
- m) Fotocopia del certificado laboral que incluya fecha de iniciación, fecha de terminación, tipo de vínculo laboral, cargo, causal de terminación y remuneración.

- a) Solicitud de indemnización en el formato establecido por BOLÍVAR, completamente diligenciado.
- b) Fotocopia de la cédula de ciudadanía o del documento de identificación.
- c) Original del certificado expedido por la correspondiente Entidad Promotora de Salud (EPS) o por el médico tratante en el Hospital y la historia clínica completa o epicrisis, incluyendo la fecha de inicio de la Hospitalización y la fecha de terminación de la misma en caso que el Asegurado haya sido dado de alta del Hospital.
- d) El informe de la autoridad competente si esta ha adelantado algún trámite con ocasión del accidente.
- e) En caso de ser trabajador dependiente un certificado del empleador confirmando que el asegurado estaba empleado en la fecha de la incapacidad temporal para poder ejercer la actividad económica. En caso de ser trabajador independiente las planillas integradas de pago de aportes a seguridad Social, con las cuales demuestre que tiene una antigüedad en su actividad mínima de ciento ochenta (180) días.

DOCUMENTACIÓN PARA DECLARACIÓN MENSUAL DE CONTINUIDAD DEL SINIESTRO

A partir del cuarto (4) mes de desempleo, para las pólizas que cubren más de tres (3) cuotas por evento Declaración Juramentada en la forma DS-007 donde manifiesta la continuidad del desempleo.

- a) A partir del segundo mes y por cada treinta (30) días de Hospitalización, un certificado médico que evidencie la continuidad de la misma y el estado de salud del Asegurado.

** Cuando se trate de reclamaciones por un evento ocurrido en el exterior, los documentos que se presenten deberán ser apostillados o autenticados por el Cónsul de Colombia en el país donde haya tenido lugar la Hospitalización o la Incapacidad Temporal.