



## SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO PROTECCIÓN DE PAGOS EMPLEADOS

POR FAVOR DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO EN TINTA NEGRA

Fecha de reclamación

D	M	A
---	---	---

Marque la línea de crédito por la cual desea hacer su reclamación

- CREDIEXPRESS FIJO     
  CREDIEXPRESS FIJO LIBRANZA     
  CRÉDITO HIPOTECARIO/LEASING HABITACIONAL  
 CRÉDITO DE VEHICULO PARTICULAR     
  TARJETA DE CRÉDITO     
  PORTAFOLIO

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Fecha de nacimiento			
								D	M	A	
Tipo de documento		Número de documento		Dirección correspondencia							
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>											
Ciudad			Teléfono de contacto		Teléfono celular		Correo electrónico				
Nombre de la empresa en que labora				NIT		Nombre encargado Recursos Humanos					
Dirección						Teléfono		Ciudad			
Salario mensual				Fecha de ingreso a la empresa			Fecha de terminación del contrato				
				D M A			D M A				
Cargo del asegurado								No. de horas trabajadas a la semana			
¿Ha conseguido nuevo empleo?											
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>											
Motivo de retiro											
Despido sin justa causa <input type="radio"/> Supresión del cargo por reestructuración <input type="radio"/> Suspensión de actividades por parte del empleador por más de 120 días <input type="radio"/> Liquidación o clausura definitiva <input type="radio"/> Terminación del contrato por mutuo acuerdo <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> _____											

### Diligencie si Reclama por Cobertura de Incapacidad

Fecha de inicio de incapacidad			Motivo de la incapacidad									
D	M	A										
¿Ha sufrido de este padecimiento o enfermedad antes?										Fecha		
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>										D	M	A
¿Se ha reintegrado nuevamente a su actividad luego de la incapacidad?										Fecha de reintegro a la empresa		
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>										D	M	A

### Declaración

Solicito la indemnización para todos los créditos vigentes con Seguro Protección de Pagos.

Autorizo expresamente a Seguros 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 Protección de Pagos 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 carencia**

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 correo electrónico. También puede consultarlas en la página [www.davivienda.com](http://www.davivienda.com) o [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

### Información de Pago

Autorizo que en el caso de generarse un pago a mi favor por la cobertura de gastos protegidos (Aplican Créditos Hipotecarios y Créditos de Vehículos) este se realice a la siguiente cuenta:

Tipo de Cuenta		Cuenta Número		Entidad Financiera	
Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>					

FIRMA DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_  
 DOC. DE IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

SELLO RECIBIDO DAVIVIENDA

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

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

- a) Solicitud de indemnización en el formato establecido por BOLÍVAR, completamente diligenciado.
- b) Fotocopia de la cédula de ciudadanía o del documento de identificación ASEGURADO o beneficiario.

### DESEMPLEO INVOLUNTARIO

- a) Fotocopia del certificado laboral que incluya fecha de iniciación, fecha de terminación, tipo de vínculo laboral, cargo, causal de terminación y remuneración.
- b) Fotocopia de la notificación formal de terminación del contrato laboral del trabajador particular u oficial del Asegurado.
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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.
- 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 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.
- h) Fotocopia de la notificación formal de desvinculación del empleado público de libre nombramiento y remoción.
- 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 pudiere declararse judicialmente o a la tabla indemnizatoria pactada convencionalmente.
- j) 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.
- k) 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.

### HOSPITALIZACIÓN/INCAPACIDAD TEMPORAL

- a) Epicrisis.
- b) Certificado Hospitalario.
- c) Certificado del empleador confirmando que el asegurado estaba empleado en la fecha de la incapacidad temporal para poder ejercer la actividad.

### DOCUMENTACIÓN PARA DECLARACIÓN MENSUAL DE CONTINUIDAD DE HOSPITALIZACIÓN O INCAPACIDAD

A partir del segundo mes y por cada 30 días de Hospitalización o Incapacidad, 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.