

# SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PÓLIZA DE PROTECCIÓN DE GASTOS

Por favor diligenciar este documento en tinta negra

## Datos del asegurado

| Fecha Solicitud |    |      |
|-----------------|----|------|
| DD              | MM | AAAA |

|                     |    |      |                            |                            |  |                           |  |  |                    |  |  |
|---------------------|----|------|----------------------------|----------------------------|--|---------------------------|--|--|--------------------|--|--|
| Primer apellido     |    |      | Segundo apellido           |                            |  | Primer nombre             |  |  | Segundo nombre     |  |  |
| Fecha de nacimiento |    |      | Tipo y No. de documento    |                            |  | Dirección correspondencia |  |  |                    |  |  |
| DD                  | MM | AAAA | <input type="radio"/> C.C. | <input type="radio"/> C.E. |  |                           |  |  |                    |  |  |
| Ciudad              |    |      | Teléfono contacto          |                            |  | Teléfono celular          |  |  | Correo electrónico |  |  |
|                     |    |      |                            |                            |  |                           |  |  |                    |  |  |

|                          |                                                           |                                                     |                                                                  |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Motivo de la reclamación | Por pérdida involuntaria del empleo <input type="radio"/> | Por encontrarse hospitalizado <input type="radio"/> | Por encontrarse temporalmente incapacitado <input type="radio"/> |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

## Diligencie si es empleado

|                      |    |      |                                     |  |  |                                   |  |  |                  |  |  |
|----------------------|----|------|-------------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|------------------|--|--|
| Nombre de la Empresa |    |      | NIT                                 |  |  | Nombre encargado Recursos Humanos |  |  |                  |  |  |
| Dirección            |    |      | Teléfono                            |  |  | Ciudad                            |  |  |                  |  |  |
| Salario mensual      |    |      | No. de horas trabajadas a la semana |  |  | Cargo                             |  |  | Tipo de contrato |  |  |
| Fecha de ingreso     |    |      |                                     |  |  |                                   |  |  |                  |  |  |
| DD                   | MM | AAAA |                                     |  |  |                                   |  |  |                  |  |  |

## Diligencie si es Independiente

|                         |  |  |           |  |  |                       |    |      |
|-------------------------|--|--|-----------|--|--|-----------------------|----|------|
| Nombre de la Empresa    |  |  | NIT       |  |  |                       |    |      |
| Actividad de la Empresa |  |  | Ocupación |  |  | Fecha de constitución |    |      |
|                         |  |  |           |  |  | DD                    | MM | AAAA |

## Diligencie si reclama por la cobertura de desempleo involuntario (empleados)

|                                                                                            |  |                                                                  |                                  |                                                         |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|------|
| Motivo de retiro                                                                           |  |                                                                  |                                  |                                                         |      |
| Despido sin justa causa <input type="radio"/>                                              |  | Supresión del cargo por reestructuración <input type="radio"/>   |                                  | Liquidación o clausura definitiva <input type="radio"/> |      |
| Suspensión de actividades por parte del empleador de mas de 120 días <input type="radio"/> |  | Terminación del contrato por mutuo acuerdo <input type="radio"/> |                                  | Otros _____                                             |      |
| Ha conseguido nuevo empleo                                                                 |  |                                                                  | Fecha de ingreso al nuevo empleo |                                                         |      |
| Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                          |  |                                                                  | DD                               | MM                                                      | AAAA |

## Diligencie si reclama por la cobertura de incapacidad (empleados o independientes)

|                                                                      |    |      |                     |  |  |                                 |    |      |
|----------------------------------------------------------------------|----|------|---------------------|--|--|---------------------------------|----|------|
| Fecha de inicio de la incapacidad                                    |    |      | Días de incapacidad |  |  | Motivo de la incapacidad        |    |      |
| DD                                                                   | MM | AAAA |                     |  |  |                                 |    |      |
| Ha sufrido de este padecimiento o enfermedad antes?                  |    |      |                     |  |  | Fecha                           |    |      |
| Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                    |    |      |                     |  |  | DD                              | MM | AAAA |
| 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"/>                    |    |      |                     |  |  | DD                              | MM | AAAA |

## Diligencie si reclama por la cobertura de hospitalización (independientes)

|                                                                      |    |      |                            |  |  |                                 |    |      |
|----------------------------------------------------------------------|----|------|----------------------------|--|--|---------------------------------|----|------|
| Fecha de inicio de la hospitalización                                |    |      | Días de la hospitalización |  |  | Motivo de la hospitalización    |    |      |
| DD                                                                   | MM | AAAA |                            |  |  |                                 |    |      |
| Ha sufrido de este padecimiento o enfermedad antes?                  |    |      |                            |  |  | Fecha                           |    |      |
| Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                    |    |      |                            |  |  | DD                              | MM | AAAA |
| 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"/>                    |    |      |                            |  |  | DD                              | MM | AAAA |

## Declaración

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 obligación con seguro de desempleo debe 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.**

FIRMA DEL ASEGURADO \_\_\_\_\_

DOC. DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

|                |    |    |      |
|----------------|----|----|------|
| Sello Recibido |    |    |      |
|                |    |    |      |
| FECHA          | DD | MM | AAAA |

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PÓLIZA  
DE PROTECCIÓN DE GASTOS

| PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR ENCONTRARSE HOSPITALIZADO O PARA TODOS LOS ASEGURADOS POR ENCONTRARSE INCAPACITADO TEMPORALMENTE**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SI RECLAMA POR PRIMERA VEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>a) Solicitud de indemnización en el formato establecido por BOLÍVAR, completamente diligenciado.</p> <p>b) Fotocopia de la cédula de ciudadanía o del documento de identificación.</p> <p>c) Fotocopia de la notificación formal de terminación del contrato laboral del <b>trabajador particular u oficial</b> Asegurado.</p> <p>d) En caso de haber sido <b>empleado con contrato a término fijo</b>, 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.</p> <p>e) En caso de terminación por mutuo consentimiento del <b>trabajador particular</b>, el acuerdo conciliatorio o transaccional de terminación que demuestre el pago de una suma conciliatoria o transaccional por parte el empleador, en un monto igual o superior a 50% de la indemnización que el trabajador particular debía haber recibido por despido sin justa causa.</p> <p>f) <b>Para el trabajador oficial</b>, 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.</p> <p>g) 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 <b>trabajadores particulares y oficiales</b>, 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.</p> <p>h) Fotocopia de la notificación formal de desvinculación del <b>empleado público de libre nombramiento y remoción</b>.</p> <p>i) Fotocopia de la notificación formal de desvinculación del <b>empleado público de carrera administrativa</b> 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.</p> <p>j) Fotocopia del certificado laboral que incluya fecha de iniciación, fecha de terminación, tipo de vínculo laboral, cargo, causal de terminación y remuneración.</p> | <p>a) Solicitud de indemnización en el formato establecido por BOLÍVAR, completamente diligenciado.</p> <p>b) Fotocopia de la cédula de ciudadanía o del documento de identificación.</p> <p>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.</p> <p>d) El informe de la autoridad competente si esta ha adelantado algún trámite con ocasión del accidente.</p> <p>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.</p> |
| DOCUMENTACIÓN PARA DECLARACIÓN MENSUAL DE CONTINUIDAD DEL SINIESTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |