



FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS

PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXOS DE ENFERMEDADES GRAVES

El suministro de la información solicitada en el presente formulario y su diligenciamiento no implica aceptación de responsabilidad de carácter alguno por parte de Cardif Colombia Seguros Generales S.A. El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones, rayas, ni palabras en comillas y escrita de puño y letra del beneficiario.

COBERTURA AFECTADA

Desempleo Involuntario [] Incapacidad Total Temporal [] Enfermedades Graves []

PLAN AFECTADO

Plan Tradicional [] Plan Empleo a Pagar []

DATOS DEL ASEGURADO

Formulario for insured person details including names, identification type, date of birth, economic activity, contract type, and contact information.

DATOS DEL SINIESTRO

Form for accident date and time, including date and hour selection boxes.

Declaración de los hechos constitutivos de siniestro: []

Datos del beneficiario principal o del apoderado del asegurado (completar solo si es distinto al asegurado)

Nota: En aquellos casos en los que la reclamación se presente por intermedio de apoderado o beneficiario, se hará necesario aportar documento en el cual conste tal situación, el cual deberá tener máximo cinco (5) días de expedición.

Form for beneficiary details including names, identification type, economic activity, and contact information.

Origen y declaración de ingresos

Nota: Esta sección debe ser diligenciada en todos los casos por el Asegurado, Apoderado o el Beneficiario

Declaro expresamente que: 1. Los recursos que poseo provienen de... 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitas... 3. La información que he suministrado... 4. Autorizo a las entidades aseguradoras... 5. Los recursos que se reciban con ocasión del pago de la indemnización...

Información Adicional (diligenciar en todos los casos)

En el caso que su actividad económica, sea independiente o empleado dependiente, diligencie los siguientes datos de oficina, empresa o negocio propio:

Form for additional information including name, cargo, direction, fax, and telephone.

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

Firma del Asegurado/Apoderado o Beneficiario

Número del Documento: []

Fecha de reclamación []



IMPORTANTE

La aceptación del siniestro y el pago de la indemnización correspondiente dependen en su totalidad del análisis realizado por la Aseguradora. Todos los documentos debe ser enviados al correo atencionsiniestros@cardif.com.co



FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS

PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXOS DE ENFERMEDADES GRAVES

El suministro de la información solicitada en el presente formulario y su diligenciamiento no implica aceptación de responsabilidad de carácter alguno por parte de Cardif Colombia Seguros Generales S.A.
El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones, rayas, ni palabras en comillas y escrita de puño y letra del beneficiario.

Lista de Documentos Para Adjuntar Al Presente Formulario

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, a usted como asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Por tal razón para afectar la(s) cobertura(s) descrita(s) en este seguro, será necesario que en cada reclamación se entreguen además del Formulario de Declaración de Siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado y la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado, los siguientes documentos:

DESEMPLEO INVOLUNTARIO

- Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en el cual se especifique el tipo de contrato laboral fecha de inicio y terminación del contrato y la causa de terminación del mismo o carta de despido detallando dicha información.
- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales
- Sí la vinculación laboral se realizó a través de un contrato por obra o labor, se requiere el aporte del contrato y la carta de terminación.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por 15 días o más. estos certificados y exámenes deben ser emitidos por las entidades o médicos mencionados en la descripción de cobertura. Se advierte que los certificados de incapacidad informales nos serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior

ENFERMEDADES GRAVES

- Certificados y exámenes médicos, en original o en copia, del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

CARDIF podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación, así mismo, cuando el asegurado o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

Todos los documentos debe ser enviados al correo atencionsiniestros@cardif.com.co.

Cualquier inquietud o duda, por favor comuníquese a las líneas de servicio al cliente en **Bogotá al 7455429 a nivel nacional 01 8000 180618 o correo electrónico atencionalcliente@cardif.com.co**

La aceptación del siniestro y el pago de la indemnización correspondiente, dependen en su totalidad del análisis realizado por la Aseguradora.