

## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS

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  Enfermedades Graves  Incapacidad Total Temporal/ Incapacidad Temporal Accidental  GAP (Aplica para Vehículos Particulares)   
 Muerte Accidental  Incapacidad Permanente Accidental  Indemnización Adicional por Muerte Accidental como Usuario de Servicio Público  Desmembración como Consecuencia de un Accidente

### DATOS DEL ASEGURADO

Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:									
Fecha de Nacimiento		D	D	M	M	A	A	A	A	Tipo de Identificación		Número de Identificación:			
										C.C <input type="checkbox"/>		C.E <input type="checkbox"/>		P.S <input type="checkbox"/>	
Fecha de Expedición del Documento		D	D	M	M	A	A	A	Nacionalidad:		Lugar de nacimiento:				
Actividad Económica		Empleado <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>		Rentista <input type="checkbox"/>		Pensionado <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>		Cuál?:			
Tipo de Contrato		Contrato Obra o Labor <input type="checkbox"/>		Contrato por prestación de servicios <input type="checkbox"/>		Asociado o Cooperativa <input type="checkbox"/>		Contrato a Término Indefinido <input type="checkbox"/>		Contrato a Término Fijo <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>		Cuál?:	
Estado Civil:		Ciudad:													
Departamento:		Dirección de Residencia:													
Teléfono fijo:		Celular:													
Correo Electrónico:		No. Crédito Asociado al Seguro				Tipo de Producto de Crédito									

### INFORMACIÓN BANCARIA DEL ASEGURADO PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

Tipo de cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		Número de la cuenta:		Banco:	
---	--	----------------------	--	--------	--

### DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia del siniestro :		D	D	M	M	A	A	A	A	Hora de la Ocurrencia del siniestro:		H	H	M	M
Declaración de los hechos constitutivos del Siniestro:															

### DATOS DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL O DEL APODERADO DEL ASEGURADO (COMPLETAR SÓLO SI ES DISTINTO AL ASEGURADO) NO APLICA PARA RECLAMACIÓN POR DESEMPLEO - SEGÚN COBERTURAS

**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.

Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:									
Fecha de Nacimiento		D	D	M	M	A	A	A	A	Tipo de Identificación		Número de Identificación:		Nacionalidad:	
										C.C <input type="checkbox"/>		C.E <input type="checkbox"/>		P.S <input type="checkbox"/>	
Actividad Económica:		Empleado <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>		Rentista <input type="checkbox"/>		Pensionado <input type="checkbox"/>					
Parentesco con el asegurado:															
Lugar de nacimiento:		Dirección:													
Ciudad:		Departamento:													
Teléfono fijo:		Celular:													
Correo Electrónico:															

### ORIGEN DE INGRESOS Y DECLARACIONES

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

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de \_\_\_\_\_ (Renta, pensión, ocupación, actividad u oficio).
- Tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitas y las ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las tipificadas como tal en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en este documento, es veraz y verificable.
- Autorizo a las entidades aseguradoras, sociedades de capitalización e intermediarios de seguros, para que con los fines estadísticos y de información entre compañías y entre éstas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada de la presente declaración de siniestros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la aseguradora.
- Los recursos que se reciban con ocasión del pago de la indemnización, en caso de que ésta sea reconocida, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas, actividades terroristas de índole alguna. Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas por concepto de seguros, respecto de cualquier asegurador, en los dos últimos años.

AÑO	SEGURO AFECTADO	COMPAÑÍA DE SEGUROS	MONEDA	VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN

**Nota:** Autorizo a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**, para solicitar cualquier información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización.

**ORIGINAL**

**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:

Nombre:	Cargo:	Dirección:
correo electrónico laboral:		Teléfono:

**INFORMACIÓN DE INGRESOS Y PATRIMONIO (PARA TODA ACTIVIDAD ECONÓMICA)**

Ingresos Mensuales	\$	Egresos Mensuales	\$	Total de Activos	\$	Total de Pasivos	\$	Total patrimonio	\$
Realiza actividades u operaciones con moneda extranjera: SI ___ NO ___ Cuales? :									
Entidad:									
Número de cuenta:									
Monto:									

**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 las coberturas descritas en este seguro será necesario que en cada reclamación se alleguen además del formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por usted, la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad y los siguientes documentos:

I. DESEMPLEO INVOLUNTARIO	II. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 y la causa de terminación del mismo o carta de despido detallando dicha información.</li> <li>- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.</li> <li>- Si 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes. 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 no serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.</li> <li>- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.</li> </ul>
III. ENFERMEDADES GRAVES	IV. MUERTE ACCIDENTAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)</li> <li>- Historia clínica y en el caso de cáncer los estudios patológicos que confirmaron el diagnóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha de accidente, causa de la muerte y los datos del asegurado o certificación médica en la cual conste la causa de la muerte.</li> </ul>
	V. DESMEMBRACIÓN COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica donde se indique el diagnóstico de la desmembración.</li> </ul>
	VI. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL COMO USUARIO DE SERVICIO PÚBLICO
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia clínica donde se indique el diagnóstico de la desmembración.</li> </ul>
VII. GAP	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Denuncia del hecho del hurto del vehículo ante Autoridad Competente, en caso de pérdida total por hurto.</li> <li>- Copia de la Licencia de Transito del Vehículo.</li> <li>- Copia del documento en donde conste el otorgamiento del crédito, servicio y/o producto financiero.</li> <li>- Copia de la Póliza de Seguro de Automóviles del Vehículo, y certificación original expedida por la Aseguradora que otorga dicha póliza, en el cual se evidencie el pago de la indemnización y la liquidación por concepto de pérdida total del vehículo, contemplando el valor comercial del mismo.</li> <li>- Copia de la Licencia de Conducción de la persona que se encontraba conduciendo al momento del siniestro.</li> <li>- Copia de la factura de compra del vehículo.</li> <li>- Copia de autorización de la compañía de seguros que emite la póliza todo riesgo.</li> </ul>	
VIII. INCAPACIDAD PERMANENTE ACCIDENTAL	IX. INCAPACIDAD TEMPORAL ACCIDENTAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Original o Copia del dictamen de invalidez de la Junta Regional o Nacional de Calificación en el que conste causa de la invalidez, porcentaje de invalidez y descripción de disminución.</li> <li>- Para el caso de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, original o copia autenticada del dictamen de invalidez emitido por la junta de calificación facultada para tal efecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes y donde consten las causas que dieron origen a la incapacidad. 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 no serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.</li> </ul>

**FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE**

Firma del Asegurado/Apoderado o Beneficiario Número de Documento: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella Índice Derecho							
Fecha de Reclamación: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> </table>		D	D	M	M	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A	

**IMPORTANTE**

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