

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO PROTECCIÓN DE PAGOS INDEPENDIENTES

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
 TARJETA DE CRÉDITO
 PORTAFOLIO
 CRÉDITO DE VEHICULO PARTICULAR
 CRÉDITO HIPOTECARIO/LEASING HABITACIONAL

Datos del Asegurado

| Primer apellido | Segundo apellido | Segundo nombre | Fecha de nacimiento | | |
|---------------------|------------------|--------------------|---------------------|---|---|
| | | | D | M | A |
| Número de documento | Ciudad | Correo electrónico | | | |
| | | | | | |

Diligencie si es Independiente

| Nombre de la empresa | NIT | | | |
|-------------------------|-----------|-----------------------|---|---|
| | | | | |
| Actividad de la empresa | Ocupación | Fecha de constitución | | |
| | | D | M | A |

Diligencie si Reclama por Muerte Accidental del Asegurado

| Fecha de accidente y/o fallecimiento | De un informe detallado de los hechos | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|--|--|
| D | M | A | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reclamante

| 1. Nombre | Parentesco | Cédula | Correo Electrónico | Firma |
|-----------|------------|--------|--------------------|-------|
| | | | | |
| 2. Nombre | Parentesco | Cédula | Correo Electrónico | Firma |
| | | | | |
| 3. Nombre | Parentesco | Cédula | Correo Electrónico | Firma |
| | | | | |
| 4. Nombre | Parentesco | Cédula | Correo Electrónico | Firma |
| | | | | |

Diligencie si reclama por la cobertura de Incapacidad

| Fecha Inicio de la Incapacidad | Días de Incapacidad | Motivo de la Incapacidad | | |
|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|
| D | M | A | | |
| | | | | |
| ¿Ha sufrido este padecimiento o enfermedad antes? | | | | Fecha |
| Sí | <input type="radio"/> | NO | <input type="radio"/> | D |
| | | | | M |
| | | | | A |
| ¿Se ha reintegrado nuevamente a su actividad luego de la Incapacidad? | | | | Fecha reintegro a la empresa |
| Sí | <input type="radio"/> | NO | <input type="radio"/> | D |
| | | | | M |
| | | | | A |

Diligencie si Reclama por la Cobertura de Hospitalización

| Fecha de inicio de la hospitalización | | | Días de hospitalización | Motivo de la hospitalización |
|---------------------------------------|---|---|-------------------------|------------------------------|
| D | M | A | | |

Diligencie si Reclama por Enfermedad o Fractura

| Fecha diagnostico | | | Enfermedad Grave |
|---------------------------|---|---|-----------------------------|
| D | M | A | |
| Fracturas Fecha Accidente | | | Hueso Afectado por Fractura |
| 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 o www.segurosbolivar.com

Información de Pago

Autorizo que en el caso de generarse un pago a mi favor 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 _____ | | SELLO RECIBIDO DAVIVIENDA | | | |
| 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

- 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), Instituto Prestador de Salud (IPS) o por el médico tratante en el Hospital y la historia clínica completa o epicrisis.
- d) Planillas integradas de pago de aportes a seguridad Social u otro documento con el cual demuestre que tiene una antigüedad en su actividad, mínima de noventa (90) días.

MUERTE ACCIDENTAL

- a) Registro de Defunción.
- b) Certificado de Causas y Circunstancias del Accidente expedido por la Fiscalía.
- c) Resultado de Alcoholemia en caso de accidente de tránsito y que el asegurado fuera el conductor.

HOSPITALIZACIÓN/INCAPACIDAD TEMPORAL

- a) Epicrisis.
- b) Certificado Hospitalario.

ENFERMEDADES GRAVES

- a) Primer diagnóstico certificado por el médico.
- b) Historia Clínica.

FRACTURA DE HUESOS

- a) Certificado de Causas y Circunstancias del Accidente expedido por la Fiscalía.
- b) Historia Clínica.

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.