

Declaración de Siniestro Nro. _____

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/ Renta de libre destinación en caso de desempleo Incapacidad Total Temporal / Renta de libre destinación en caso de Incapacidad Total Temporal (*) Muerte Accidental Enfermedades Graves

(*) La Renta de Libre Destinación tanto para Desempleo como para Incapacidad Total Temporal aplica en aquellos productos adquiridos después del () de Julio del 2018

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos _____ **Tipo de Identificación** C.C. C.E. P.S.

No. de Identificación _____ **Fecha de Nacimiento** DD MM AAAA _____ **Lugar de Nacimiento** _____ **Nacionalidad** _____

Estado Civil: _____ **Departamento** _____ **Ciudad** _____ **Dirección de Residencia** _____

Actividad Económica Empleado Independiente Estudiante Rentista o Pensionado Otra Cuál?: _____

Teléfono Fijo _____ **Celular** _____ **Correo Electrónico** _____

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia del siniestro : D D M M A A A A _____

Declaración de los hechos constitutivos del Siniestro:

DATOS PARA EL PAGO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLEO Y/O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (*)

Tipo de cuenta: Ahorros Corriente **Número de la cuenta:** _____ **Entidad Financiera:** _____

(*) La Renta de Libre Destinación tanto para Desempleo como para Incapacidad Total Temporal aplica en aquellos productos adquiridos después del () de Julio del 2018

**DATOS DEL APODERADO DEL ASEGURADO PRINCIPAL (COMPLETAR SOLO SI ES DISTINTO AL ASEGURADO)
APLICA SOLO PARA RECLAMACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES**

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

Nombres y Apellidos _____ **Tipo de Identificación** C.C. C.E. P.S.

No. de Identificación _____ **Fecha de Nacimiento** DD MM AAAA _____ **Lugar de Nacimiento** _____ **Nacionalidad** _____

Parentesco y/o relación con el asegurado: _____ **Departamento** _____ **Ciudad** _____ **Dirección de Residencia** _____

Actividad Económica Empleado Independiente Estudiante Rentista o Pensionado Otra Cuál?: _____

Teléfono Fijo _____ **Celular** _____ **Correo Electrónico** _____

ORIGEN Y DECLARACIONES DE INGRESOS

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 o actividades terroristas de índole alguna.

AÑO	SEGURO AFECTADO	COMPAÑÍA DE SEGUROS	MONEDA	VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN

Nota: Autorizo a la compañía de seguros, para solicitar cualquier información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización. Igualmente, autorizo a cualquier entidad hospitalaria, médico o empleado de la misma, así como a cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para suministrar mi historia clínica a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**

FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE

Firma del Asegurado/Apoderado o Beneficiario _____

Tipo de Identificación C.C. C.E. P.S.

Número de Documento: _____

Fecha de Reclamación: D D M M A A A A _____

Huella Índice Derecho _____

Firma y sello de BANCO FINANDINA S.A. _____

Fecha de recibido: 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.
DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO CORRESPONDERÁ AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTÍA DEL SINIESTRO.

ORIGINAL

LISTA DE DOCUMENTOS PARA ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO

Sin perjuicio de la libertad probatoria, a título simplemente informativo, y con el fin de facilitar el proceso de reclamación se podrán allegar los siguientes documentos sin que se constituyan los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y la cuantía del siniestro. DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO CORRESPONDERÁ AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTÍA DEL SINIESTRO. Cardiff Colombia Seguros Generales S.A. podrá solicitar cualquier documento adicional que sea necesario para poder determinar la ocurrencia o las circunstancias del siniestro así como su cuantía

PRODUCTO ADQUIRIDO ANTES DEL () DE JULIO DEL 2018

DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES														
<p align="center">Primer Pago</p> <ul style="list-style-type: none"> Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado*. Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral donde se especifique tipo de contrato, motivo de terminación y período laborado o certificación emitida por el empleador anterior o carta de despido donde se detalle la información anterior. Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales. Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales. En caso de estar afiliado a Cooperativa de Trabajo Asociado original o copia de certificación que contenga la causal de retiro del asociado expedida por la cooperativa o por la entidad contratante de los servicios de la cooperativa. En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia autenticada de planilla de aportes a seguridad social. Este requisito aplica para independientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado*. Certificados y exámenes médicos original o copia de incapacidad que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional. En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de planilla de aportes a seguridad social. Importante: Recuerde que el amparo de Incapacidad Total Temporal solo aplica para personas independientes. Ampliación de la incapacidad total temporal: En caso de ampliación o extensión del estado de incapacidad total temporal, deberá presentar certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional. Nota: Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de 15 días dentro de los 60 días siguientes a la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y los que surjan como consecuencia de la misma. Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos 60 días desde la primera Incapacidad Total Temporal reportada, se constituirá como un nuevo evento, y tendrá derecho al pago de hasta 6 cuotas. Aplica la siguiente tabla de incapacidad: <table border="1"> <thead> <tr> <th>DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA</th> <th># DE PAGOS A APLICAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15-44 días calendario consecutivos</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>45-79 días calendario consecutivos</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>80-109 días calendario consecutivos</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>110-139 días calendario consecutivos</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>140-174 días calendario consecutivos</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>175- o más días calendario consecutivos</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE PAGOS A APLICAR	15-44 días calendario consecutivos	1	45-79 días calendario consecutivos	2	80-109 días calendario consecutivos	3	110-139 días calendario consecutivos	4	140-174 días calendario consecutivos	5	175- o más días calendario consecutivos	6	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado o su apoderado. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado*. Original o Copia de certificados y exámenes médicos originales del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional. El médico o especialista que emita el dictamen no podrá ser familiar en tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado. Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)
DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE PAGOS A APLICAR															
15-44 días calendario consecutivos	1															
45-79 días calendario consecutivos	2															
80-109 días calendario consecutivos	3															
110-139 días calendario consecutivos	4															
140-174 días calendario consecutivos	5															
175- o más días calendario consecutivos	6															

Nota: El aviso del siniestro es responsabilidad del asegurado, la reclamación del seguro sólo se produce con una reclamación formal por parte del mismo.

(*) Recuerde que las cédulas de ciudadanía blanca laminada y café plastificada, mantuvieron, para todos los efectos, su vigencia hasta el 30 de julio de 2010, y por lo cual, si aún no lo ha hecho, le recomendamos renovar su documento de identidad.

PRODUCTO ADQUIRIDO DESPUÉS DEL () DE JULIO DEL 2018

DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO	PARA LOS AMPAROS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES						
<ul style="list-style-type: none"> Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el (los) beneficiario (s). Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado*. Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido. Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales. En caso de estar afiliado a cooperativa de trabajo asociado original o copia autenticada de certificación que contenga la causal de retiro del asociado expedida por la cooperativa o por la entidad contratante de los servicios de la cooperativa 	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el (los) beneficiario (s). Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado*. Certificados y exámenes médicos original o copia de incapacidad que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional. En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de planilla de aportes a seguridad social. <table border="1"> <thead> <tr> <th>DÍAS CALENDARIO DE INCAPACIDAD CERTIFICADA</th> <th>NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20-104 días</td> <td>3 cuotas abonadas directamente al producto financiero y en caso de remanente se reconoce al asegurado.</td> </tr> <tr> <td>105 días en adelante</td> <td>3 cuotas abonadas directamente al producto financiero y en caso de existir remanente se paga directamente al asegurado.</td> </tr> </tbody> </table> <p align="center">Ampliación de la incapacidad total temporal</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de ampliación o extensión del estado de incapacidad total temporal, deberá presentar certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, expedidos por el médico afiliado a la eps o arp o médico especialista en medicina ocupacional. 	DÍAS CALENDARIO DE INCAPACIDAD CERTIFICADA	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR	20-104 días	3 cuotas abonadas directamente al producto financiero y en caso de remanente se reconoce al asegurado.	105 días en adelante	3 cuotas abonadas directamente al producto financiero y en caso de existir remanente se paga directamente al asegurado.	<ul style="list-style-type: none"> Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado o su apoderado. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado*. Original o copia de certificados y exámenes médicos originales del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico afiliado a la eps o arp o médico especialista en medicina ocupacional. El médico o especialista que emita el dictamen no podrá ser familiar en tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado. Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)
DÍAS CALENDARIO DE INCAPACIDAD CERTIFICADA	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR							
20-104 días	3 cuotas abonadas directamente al producto financiero y en caso de remanente se reconoce al asegurado.							
105 días en adelante	3 cuotas abonadas directamente al producto financiero y en caso de existir remanente se paga directamente al asegurado.							

Nota: El aviso del siniestro es responsabilidad del asegurado, la reclamación del seguro sólo se produce con una reclamación formal por parte del mismo.

(*) Recuerde que las cédulas de ciudadanía blanca laminada y café plastificada, mantuvieron, para todos los efectos, su vigencia hasta el 30 de julio de 2010, y por lo cual, si aún no lo ha hecho, le recomendamos renovar su documento de identidad.