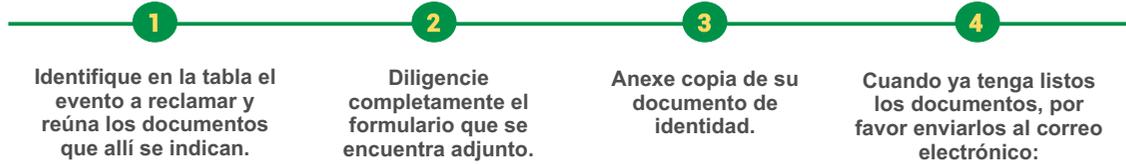




SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO PROTECCIÓN DE PAGOS PARA INDEPENDIENTES /NANOCRÉDITOS DAVIPLATA

¿CÓMO HACER USO DE SU SEGURO?



radicacionindemnizaciones@davivienda.com

Una vez recibidos sus documentos completos, Davivienda trasladará su solicitud a **SEGUROS BOLÍVAR**. Usted recibirá respuesta a través de correo electrónico, dentro de los 20 días calendario siguientes a la fecha en que se haya acreditado la ocurrencia del evento.

En caso de INCAPACIDAD TEMPORAL

Certificado(s) de incapacidad que certifique(n) más de 15 días consecutivos.

Epicrisis o Historia Clínica que incluya la fecha del primer diagnóstico de la enfermedad o el accidente.

Certificado médico que evidencie la continuidad de la incapacidad. Aplica por cada 30 días adicionales consecutivos de incapacidad.

En caso de HOSPITALIZACIÓN

Certificado(s) de hospitalización que certifique(n) más de 7 días consecutivos.

Epicrisis o Historia Clínica, que incluya la fecha del primer diagnóstico de la enfermedad o el accidente.

Certificado médico que evidencie la continuidad de la hospitalización. Aplica por cada 30 días adicionales consecutivos de hospitalización.

En caso de FRACTURA ACCIDENTAL

Epicrisis o Historia Clínica, que incluya la fecha del diagnóstico de la fractura como consecuencia de un accidente.

En caso de diagnóstico ENFERMEDAD GRAVE *

Epicrisis o Historia Clínica, que incluya la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

Si se trata de Cáncer, resultado de la patología.

En caso de MUERTE ACCIDENTAL

Registro de defunción.

Certificado de causas y circunstancias del accidente expedido por la Fiscalía.

Resultado de la prueba de alcoholemia.

(* **ENFERMEDADES CUBIERTAS:** primer diagnóstico de: Infarto al miocardio, cáncer, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, trasplante de órganos, esclerosis múltiple, cirugía de revascularización miocárdica (Bypass coronario).

Nota: En caso de respuesta positiva, recuerde que el valor a pagar por concepto de su indemnización, corresponde a la cuota de su crédito o plan elegido en su tarjeta de crédito a la fecha de ocurrencia del evento (siniestro).

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO PROTECCIÓN DE PAGOS PARA INDEPENDIENTES /NANOCRÉDITOS DAVIPLATA

Fecha de solicitud		
D	M	A

POR FAVOR DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO EN TINTA NEGRA

Datos de contacto

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de documento		Número de documento		Dirección correspondencia		Ciudad	
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>							
Celular		Teléfono fijo		Correo electrónico			

Marque el evento ocurrido

Incapacidad Temporal Hospitalización Fractura Enfermedad Grave Muerte Accidental

Importante: Las coberturas de incapacidad temporal, hospitalización, enfermedades graves y fractura accidental son excluyentes entre sí, es decir, que el asegurado no podrá reclamar simultáneamente en el mismo evento por dos o más coberturas de las mencionadas.

Diligencie si reclama por Incapacidad Temporal u Hospitalización

Fecha inicio de la Incapacidad/Hospitalización			Días de Incapacidad/Hospitalización			Motivos de la Incapacidad/Hospitalización		
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/Hospitalización?						Fecha reintegro a la empresa		
Sí <input type="radio"/>			No <input type="radio"/>			D	M	A

Diligencie si reclama por Fractura Accidental

Fecha de la fractura accidental			Descripción de la fractura		
D	M	A			

Importante: Las coberturas de Hospitalización, Incapacidad Temporal, Enfermedades Graves y Fractura Accidental son excluyentes entre sí, es decir, que el Asegurado no podrá reclamar simultáneamente en el mismo evento por dos o más coberturas de las mencionadas.

Diligencie si reclama Enfermedad Grave

Fecha primer diagnóstico		
D	M	A
Marque la enfermedad grave por la que fue diagnosticado.		
Infarto de miocardio <input type="radio"/> Cirugía de revascularización Miocárdica (Bypass coronario) <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> Accidente cerebrovascular <input type="radio"/> Insuficiencia renal crónica <input type="radio"/> Esclerosis múltiple <input type="radio"/> Trasplante de órganos <input type="radio"/>		

Nota: Las enfermedades no contempladas en este listado no se encuentran cubiertas por este seguro.

Diligencie si reclama por Muerte Accidental

Fecha de fallecimiento. De un informe detallado de los hechos.

D	M	A	

Reclamantes

Nota: El pago se realizará a los beneficiarios de acuerdo a lo establecido en la ley. (Artículo 1142. Designación de beneficiarios del Código de Comercio).

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 Gastos Protegidos

Autorizo que en caso de generarse un pago a mi favor se realice a la siguiente cuenta:

Tipo de Cuenta	Cuenta Número	Entidad Financiera
Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>		

Nota: La cuenta registrada debe estar a nombre del asegurado.

Declaración

Solicito la indemnización para todos los créditos vigentes con Seguro Protección de pagos.

Autorizo expresamente a Seguros Comerciales Bolívar y a los reaseguradores que cubren los riesgos bajo la póliza, y sus respectivas entidades relacionadas o agentes para:

- Tener acceso a mi historia clínica y de mi actividad económica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados.
- 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.

NOTA: Por favor tenga en cuenta que **esta póliza tiene período de carencia de 30 días**, los cuales se cuentan a partir del inicio de vigencia de la póliza, por lo tanto, se cubrirán los eventos ocurridos después de este período.

Consulte la información de este seguro ingresando a www.davivienda.com o www.segurosbolivar.com

FIRMA DEL ASEGURADO _____

DOC. DE IDENTIFICACIÓN _____ DE _____