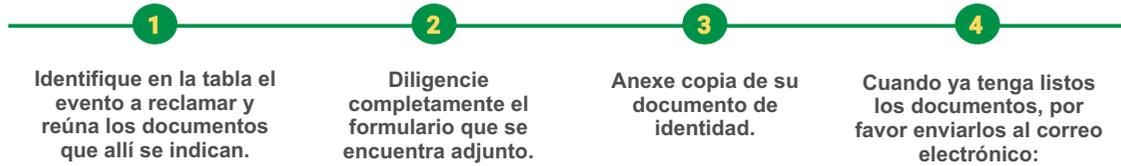


SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN SEGURO PROTECCIÓN DE PAGOS PARA EMPLEADOS ¿CÓMO HACER USO DE SU SEGURO?



radicacionindemnizaciones@davivienda.com

Una vez recibidos sus documentos completos, Davivienda trasladará su solicitud a **SEGUROS COMERCIALES 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 DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Documentos requeridos según los tipos de contrato o modalidades de empleo

PARA TODOS	Indefinido	Fijo	En misión / Obra o labor	Prestación de Servicios	En provisionalidad	Libre nombramiento y remoción	Carrera Administrativa
Certificado laboral que incluya: - Fecha de iniciación del contrato - Fecha de terminación del contrato - Tipo de vínculo laboral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Último cargo - Causal de terminación - Remuneración							
Notificación formal de terminación del contrato laboral o desvinculación laboral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Certificado de indemnización, pago conciliatorio o bonificación (adicional a las prestaciones legales y/o extralegales contempladas en ley): En caso de terminación por mutuo consentimiento incluir el acuerdo conciliatorio o acta transaccional que demuestre el pago de una indemnización.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Casos Específicos							
En caso de no renovación del contrato: - Certificación fechas de inicio y terminación originalmente pactadas de los diferentes contratos que acrediten que el empleado ha trabajado con un mismo empleador por un período superior a dieciocho (18) meses continuos, y que entre el fin de cada contrato y el inicio de la vigencia del siguiente contrato no existió un lapso que excediera de quince (15) días hábiles. En su defecto, puede presentar los contratos laborales o de las liquidaciones de todos los contratos.		✓	✓	✓	✓		
En caso de terminación anticipada del contrato: - La liquidación deberá acreditar el pago de los salarios que falten para cumplir el término del contrato inicialmente pactado.		✓	✓	✓	✓		
Para el trabajador oficial, el acuerdo conciliatorio o el documento de aceptación del trabajador al plan de retiro aprobado por el gobierno o la liquidación final de salarios y prestaciones sociales, que incluya la compensación por retiro, siempre y cuando se demuestre el pago al trabajador oficial, de una suma conciliatoria o de la compensatoria por retiro sobre el tiempo faltante para cumplir el plazo presuntivo, a la indemnización de perjuicios por daño emergente o lucro cesante, que pudiere declararse judicialmente o a la tabla indemnizatoria pactada convencionalmente.	✓	✓	✓	✓	✓		
Para el empleado público, notificación formal de desvinculación: - Si usted no opta por su derecho preferencial a la incorporación o reincorporación: Notificación formal por supresión del empleo. - Si usted optó por su derecho preferencial a la incorporación o reincorporación: Documento donde acepta la indemnización después de transcurridos seis (6) meses, sin que la reincorporación haya sido posible.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opcionales							
De manera opcional puede adjuntar: - Documentos probatorios de las diferentes situaciones que dieron origen a los acuerdos consensuados de terminación de los contratos del sector privado, oficial y/o público, como supresión de empleos, cierre de la empresa o establecimiento, reestructuración, fusión, transformación del empleador, implantación de planes de retiro compensado y propuestas de retiro conciliatorio o mediante acuerdo transaccional, para el caso del sector privado.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

En caso de INCAPACIDAD TEMPORAL

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

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

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

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 EMPLEADOS

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			

Diligencie si reclama por Desempleo Involuntario

Nombre en la empresa en la que laboraba		NIT		Nombre encargado de Recursos Humanos			
Dirección		Teléfono		Ciudad			
Último salario mensual		Fecha de ingreso a la empresa		Fecha de terminación del contrato			
		D M A		D M A			
Último cargo desempeñado							
Motivo de terminación del contrato							
Despido sin justa causa <input type="radio"/> Terminación del contrato por mutuo acuerdo <input type="radio"/> Terminación anticipada del contrato <input type="radio"/>							
No renovación del contrato <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> _____							

Diligencie si usted reclama por Incapacidad Temporal

Fecha inicio de la Incapacidad		Días de Incapacidad		Motivos 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 Gastos Protegidos

Si el seguro Protección de Pagos está asociado a créditos hipotecarios, leasing o vehículos, 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:

- i). 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.
- 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.

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 _____