

## 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

Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/>	Muerte por Cualquier Causa <input type="checkbox"/>
---	---

### DATOS DEL ASEGURADO

Nombres					Apellidos:								
Fecha de Nacimiento		D	D	M	M	A	A	A	A	Tipo de Identificación C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.S <input type="checkbox"/>		Número de Identificación:	
Fecha de Expedición del Documento		D	D	M	M	AAA	Nacionalidad:			País de Nacimiento:			
Actividad Económica    Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista o pensionado <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál?: _____													
Estado Civil:			Ciudad:						País de Residencia:				
Departamento:						Dirección de Residencia:							
Teléfono fijo:						Celular:							
Correo Electrónico:						Numero de Cuenta para el pago del Siniestro (*): (*) Para cobertura de Muerte (Anexar Certificado)							

### 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:															
Protección a la Financiación No Bancaria <input type="checkbox"/>								Protección al Asegurado <input type="checkbox"/>							

### DATOS DEL BENEFICIARIO PRINCIPAL O DEL APODERADO DEL ASEGURADO (COMPLETAR SOLO SI ES DISTINTO AL ASEGURADO POR SOLICITUD DE COBERTURA DE MUERTE)

Cuando la reclamación se presente a través 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.

Nombres:					Apellidos:														
Fecha de Nacimiento		D	D	M	M	A	A	A	A	Tipo de Identificación C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.S <input type="checkbox"/>		Número de Identificación:		Nacionalidad:					
Actividad Económica:				Empleado <input type="checkbox"/>				Independiente <input type="checkbox"/>				Estudiante <input type="checkbox"/>				Rentista o Pensionado <input type="checkbox"/>			
Parentesco con el asegurado:																			
Lugar de nacimiento:								Dirección:											
Ciudad:								Departamento:											
Teléfono fijo:								Celular:											
Correo Electrónico:								Número de Cuenta para el pago del Siniestro:											

### 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:

1. Los recursos que poseo provienen de \_\_\_\_\_ (Renta, pensión, ocupación, actividad u oficio).
2. 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.
3. La información que he suministrado en este documento, es veraz y verificable.
4. 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.
5. 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.

**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**

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. Cardif 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

**I. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

- Fotocopia del documento de identidad del asegurado
- 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.
- Para Personas Independientes, certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.
- Se recomienda al asegurado adjuntar no de cuenta bancaria para incapacidades mayores a 104 días.

**II. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**

- Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha, causa de la muerte y los datos del asegurado o certificación médica en la cual conste la causa de la muerte.
- Se recomienda que el beneficiario aprobado dentro de la solicitud adjunte el certificado de cuenta bancaria para el abono de la indemnización.

Nota: Recuerde que el periodo de carencia para muerte por suicidio es de 12 meses

**FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE**

Firma del Asegurado/Apoderado o Beneficiario Número de Documento: _____	Firma de Asesor que recibe Nombre de Asesor que recibe Cargo	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">         Huella Índice Derecho       </div>
Fecha de Reclamación: [ D ] [ D ] [ M ] [ M ] [ A ] [ A ] [ A ] [ A ]	Fecha Recepción: [ 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.