BANCO W S.A

FORMULARIO DE RECLAMACION DE SEGUROS

Fecha de diligencimiento: _____

Agencia: _____ **Crédito Número / Tarjeta de Crédito (4 ultimos digitos): _____**

Reclamación por:

Vida Deudores / Libranza: ☐	Tarjeta de Crédito: ☐	Vida Voluntario: ☐	Exequias: ☐	Familia: ☐	Hogar: ☐
Microempresaria: ☐	Salud y Bienestar: ☐	Fleteo: ☐	Tu Giro Protegido: ☐		

DATOS DEL ASEGURADO / DATOS DEL FALLECIDO

Nombres		Apellidos		
Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐	Documento de Identidad No.	Fecha de Nacimiento AAA/MM/DD	Lugar de Nacimiento Ciudad:	Departamento:
Dirección inmueble asegurado (aplica solo para producto de hogar)	Ciudad	Departamento	Teléfono/Celular	
Fecha del siniestro	Causa del Siniestro	Lugar del Siniestro (Cuidad y Departamento)	Correo Electrónico	

DATOS DEL BENEFICIARIO / ASEGURADO LESIONADO

Nombres y Apellidos	Parentesco	Dirección de Domicilio	Ciudad de Domicilio	
Tipo de Documento **C.C.** ☐ **C.E.** ☐	**Documento de Identidad No.**	**Fecha de Expedición** AAA/MM/DD	**Lugar de Nacimiento Ciudad:**	**Departamento:** / Teléfono
Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA	Nacionalidad:	Ocupación/Oficio:	Profesión:	Independiente_____ Asalariado _____
Estudiante____ Ama de Casa _____ Rentista _____ Socio_____ Pensionado_____ Acividad Economica_____ CIIU_____				
Nombre de la Empresa donde Trabaja:	Area:	Cargo:		
Ciudad:	Dirección:	Teléfono:	Celular:	

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☐ POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER SI ☐ NO ☐

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO EN GENERAL? SI ☐ NO ☐

SI LA RESPUESTA A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE: _____

*** DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACION EN TODOS LOS CASOS:**

INGRESOS MENSUALES $		ACTIVOS (PATRIMONIO) $	
EGRESOS MENSUALES (GASTOS) $		PASIVOS (DEUDAS) $	
OTROS INGRESOS $		CONCEPTO OTROS INGRESOS	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☐ IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR OTRA INDIQUE CUAL:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACION O NUMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

INFORMACION SOBRE RECLAMACIONES

RELACIONE A CONTINUACION LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑIA	VALOR	RECLAMO	INDEMNIZACION

SELECCIONE LA FORMA DE PAGO

☐ Cuenta Bancaria (Por favor adjuntar la certificación bancaria del titular o beneficiario(s) de cuenta de ahorro en estado activo y con fecha de expedición no mayor a 30 días)

☐ Entidad Bancaria con la cual la Compañía tenga convenio (Pago en Efectivo)

Suramericana: Banco Bogotá ☐ **Chubb:** Davivienda ☐ **Allianz:** Bancolombia ☐ **Positiva:** Banco Bogotá ☐ Banco Agrario ☐ **Los Olivos:** Banco Bogotá ☐

INFORMACIÓN DEL EVENTO - APLICA SOLO PARA EL PRODUCTO DE HOGAR

Fecha de Ocurrencia	Causa	Lugar
Autoridad o Entidad que conoció el evento Bomberos ☐ Policía ☐ Defensa Civil ☐ Otro ☐		Monto estimado de los daños

DATOS DE LA PERSONA CONTACTO PARA LA INSPECCIÓN

Nombres y Apellidos	Dirección de Domicilio		
Correo electrónico	Teléfono celular	Teléfono fijo	Ciudad de Domicilio

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que: Los recursos que poseo provienen de la siguiente fuente:_____

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro los marcos legales, los recursos que poseo no provienen de actividad ilicíta.
2. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable.

3. De manera irrevocable autorizo a Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Zurich Colombia Seguros S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada, incluidas las entidades gubernamentales, para manejar o administrar bases de datos, información relacionada con mi actividad financiera y/o comercial.

4. En el evento de recibir el pago de la Compañía, declaro anticipadamente que no destinare esos recursos para la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

Que para el caso de la prestación de servicios por parte de Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Zurich Colombia Seguros S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A. Yo_____, identificado con la cédula de ciudadania No. _____ he suministrado plena autorización de utilización y tatamiento, de los datos consignados en el presente formulario y la documentación anexa para el tratamiento del siniestro, a Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Zurich Colombia Seguros S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A. y que de igual manera, permito el acceso y estudio de mis datos personales, suministrado o no por mi.
Adicionalmente manifiesto que Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Zurich Colombia Seguros S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A me ha informado de manera expresa, lo siguiente:

1. Que los datos personales autorizados ampliamente por mi parte, y descritos en el numeral anterior, serán de tratamiento por parte de Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Zurich Colombia Seguros S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A. para el cumplimiento y evaluación de sus deberes legales y normativos.

a. Que los datos personales serán tratados por Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Zurich Colombia Seguros S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A. para las siguientes finalidades:

I. Vinculación a Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Zurich Colombia Seguros S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A. como consumidor Financiero.

II. Liquidación y pago de siniestros

III. La gestión Integral del Seguro Contratado

IV. La elaboración de estudios actuariales, estadisticos, reportes a casa matriz y demas fines que considere pertinente Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A

V. El tratamiento de los datos podrá realizarse incluso sin tener una relación contractual con Axa Colpatria Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañia de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Zurich Colombia Seguros S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o Colmena Seguros S.A.

b. Que los datos podra ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados a compañias subsidiarias, vinculadas o casa Matriz, compañias de asistencia, aseguradoras en estructura de coaseguro, intermediarios de seguro, abogados externos y/o agentes que intervengan en el proceso de celebración y/o ejecución del contrato de seguro.

2. Autorizo la utilización de mis datos sensibles, en especial los relacionados con salud y datos biométricos, para la evaluación de aspectos estadisticos y la evaluación del siniestro que reporte en el presente documento.

Nombre _____ **Firma** _____

Cédula _____

Huella

INFORMACION ENTREVISTA	**VERIFICACION DE LA INFORMACION**
Lugar de la Entrvista_____ Fecha de Entrevista: Dia_____ Mes _____ Año _____ Hora de la Entrevista:_____ Observaciones: _____ _____ Nombre del Intermediario o Asesor_____ Firma del Intermediario o Asesor _____ Resultado de la Entrevista: Autorizado ____ Rechazado_____	Fecha de Verifciación: Dia_____ Mes _____ Año _____ Hora de Confirmación: _____ Firma: _____ Observaciones: _____ _____

"El diligenciamiento del presente formulario no constituye obligación de pago para la Compañía Aseguradora"

" El diligenciamiento de este formulario no lo exime de aportar la documentación necesaria para realizar el analisis y tramite de la reclamación"

NOTA: ESTE FORMATO APLICA REALIZAR RECLAMACIONES DEL PROGRAMA DE SEGUROS DEL BANCO W S.A.