

VIDA DE GRUPO
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Fecha de diligenciamiento DD/MM/AAAA

AGENCIA _____ CRÉDITO NÚMERO _____ CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. SURAMERICANA VIDA S.A.

Reclamación por: Muerte Incapacidad Total y permanente Auxilio de recién nacido

Todas las reclamaciones	Muerte	Incapacidad Total y Permanente	Auxilio de Maternidad y de Recién nacido
Formulario de reclamación <input type="checkbox"/>	Copia del registro civil de defunción <input type="checkbox"/>	Constancia médica de la incapacidad <input type="checkbox"/>	Registro civil de nacimiento del menor <input type="checkbox"/>
Documento de solicitud de seguro <input type="checkbox"/>	Fotocopia de documento de beneficiario <input type="checkbox"/>	Historia clínica completa <input type="checkbox"/>	
Certificado de deuda <input type="checkbox"/>	Acta de levantamiento del Cadaver y/o Necropsia (Muerte Accidental) <input type="checkbox"/>		
Fotocopia de cédula del asegurado <input type="checkbox"/>	Opcional: Historia Clínica (solo para cuando supere el amparo automático. (Suramericana) <input type="checkbox"/>		
	Sentencia Ejecutoriada (por desaparición) <input type="checkbox"/>		

EN EL EVENTO EN QUE EL PONTEJAL DE CLIENTE NO CUENTE CON LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO, DEBERÁ CONSIGNAR DICHA CIRCUNSTANCIA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE

Clase de vinculación: Tomador Asegurado Beneficiario Afianzado Proveedor Intermediario Otro

INDIQUE LOS INCULOS EXISTENTES ENTRE TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO (INDIVIDUALIZACIÓN DE PRODUCTO)

Tomador - Asegurado	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual: _____
Tomador - Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual: _____
Asegurado - Beneficiario	Familiar <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Laboral <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres:		Apellidos:		Fecha de siniestro	
				DD/MM/AAAA	
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Documento de identidad	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		Causa de siniestro
		DD/MM/AAAA	Ciudad:	Departamento	
Dirección de Domicilio		Ciudad	Departamento:	Teléfono	Lugar de siniestro
Correo Electrónico:					

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos		Parentesco	Dirección de Domicilio		Ciudad de Domicilio
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Documento de identidad	Fecha de Expedición	Lugar de Nacimiento		Teléfono
		DD/MM/AAAA	Ciudad:	Departamento	
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Nacionalidad	Ocupación/Oficio	Profesión	Independiente __ Asalariado __
Estudiante __ Ama de casa __ Rentista __ Socio __ Pensionado __ Actividad económica __ CIU __					
Nombre de la empresa donde trabaja			Area	Cargo	
Ciudad:	Dirección:	Correo Electrónico:		Teléfono:	Celular:

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO SI NO

POR SU ACTIVIDAD O CARGO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO EN GENERAL SI NO

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

INGRESOS MENSUALES \$	<input type="text"/>	ACTIVOS (PATRIMONIO) \$	<input type="text"/>
EGRESOS MENSUALES (GASTOS) \$	<input type="text"/>	PASIVOS (DEUDAS) \$	<input type="text"/>
OTROS INGRESOS \$	<input type="text"/>	CONCEPTO OTROS INGRESOS	<input type="text"/>

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	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMO	INDEMNIZACIÓN

FORMA DE PAGO

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA _____ TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN	
		CORRIENTE	AHORROS			CORRIENTE	AHORROS
<input type="checkbox"/> Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco Ganadero BBVA	013	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
<input type="checkbox"/> Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
<input type="checkbox"/> Banco Itaú (Corpbanca)	006	9 dígitos	9 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
<input type="checkbox"/> Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
<input type="checkbox"/> Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	<input type="checkbox"/> Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
<input type="checkbox"/> Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	<input type="checkbox"/> Av Villas	052		9 ó 13 dígitos
<input type="checkbox"/> HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	<input type="checkbox"/> Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
<input type="checkbox"/> Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
<input type="checkbox"/> Helm Banck	014	9 dígitos	9, 12, 14 ó 16 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco W	053		4 ó 12 dígitos

Nota: En caso de no poseer cuenta bancaria el pago será entregado en efectivo por ventanilla en la Entidad Financiera con la cual la Compañía tenga convenio:
 Oficina Convenio _____ Ciudad _____

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

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales, los recursos que poseo o provienen de actividad ilícita.
2. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable.
3. de manera irrevocable autorizo a Chubb de Colombia y/o Allianz Seguros de Vida S.A. Suramericana Vida 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 Chubb de Colombia y/o Allianz Seguros de Vida S.A., Suramericana Vida S.A. yo _____, identificado con la cédula de ciudadanía No _____ de _____; he suministrado plena autorización de utilización y tratamiento, de los datos consignados en el presente formulario y la documentación anexa para el tratamiento del siniestro, a Chubb de Colombia y/o Allianz Seguros de Vida S. A., Suramericana Vida S.A. y que de igual manera, permito el acceso y estudio de mis datos personales, suministrado o no por mí. Adicionalmente manifiesto que: Chubb de Colombia y/o Allianz Seguros de Vida S.A. Suramericana Vida 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 Chubb Seguros y/o Allianz Seguros de Vida S.A. Suramericana Vida S.A., para el cumplimiento y evaluación de sus deberes.
 - a. Que los datos personales serán tratados por Chubb de Colombia y/o Allianz Seguros de Vida S.A. Suramericana Vida S.A., para las siguientes finalidades:
 - i. Vinculación a Chubb Seguros y/o Allianz Seguros de Vida S.A. Suramericana Vida S.A. como consumidor Financiero.
 - ii. Liquidación y pago de siniestros.
 - iii. La gestión integral del seguro contratado.
 - iv. La elaboración de estudios actuariales, estadísticos, reportes a casa matriz y demás fines que considere pertinente Chubb de Colombia y/o Allianz Seguros de Vida S.A. Suramericana Vida S.A
 - v. El tratamiento de los datos podrá realizarse incluso sin tener una relación contractual con Chubb de Colombia y/o Allianz Seguros de Vida S.A. Suramericana Vida S.A
 - b. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados a compañías subsidiarias, vinculadas o casa Matriz, compañías de asistencia, aseguradoras en estructura de coseguro, 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 estadísticos y la evaluación del siniestro que reporte en el presente documento.

Nombre _____ Firma _____

Cédula _____

Huella



INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Lugar de la entrevista _____
 Fecha de entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de la entrevista: _____
 Observaciones _____
 Nombre del intermediario ó Asesor _____
 Firma del intermediario ó Asesor _____
 Resultado de la Entrevista: Autorizado _____ Rechazado _____

Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____
 Hora de Confirmación : _____
 Firma: _____
 Observaciones _____

" El diligenciamiento del presente formulario no constituye obligación de pago para la Compañía Aseguradora"
 NOTA: ESTE FORMATO SIMPLIFICADO APLICA ÚNICAMENTE PARA PAGO DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA BANCO W S.A.