

**BANCO W S.A**  
**FORMULARIO DE RECLAMACION DE SEGUROS**

Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_

AGENCIA: \_\_\_\_\_ CRÉDITO NÚMERO: \_\_\_\_\_

**Reclamación por:**

Vida Deudores / Libranza:  Fallecimiento  ITP  
 Vida Voluntario:  Fallecimiento  Maternidad  ITP  
 Exequias:  Auxilio en caso de no utilización  Auxilio de muerte accidental + Auxilio Educativo  
 Familia:  Muerte Accidental  Desmembración Accidental  Gastos Medicos  Renta por accidente  
 Enfermedades Amparadas  Auxilio por accidente para gastos medicos  Diagnostico positivo de Cáncer  
 Hogar:  Incendio  Huelga, motin o conmoción civil  Daños por agua y anegación  Otro: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombres		Apellidos	
Tipo de documento	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. _____	AAA/MM/DD	Ciudad: _____ Departamento: _____
Dirección del inmueble asegurado		Ciudad	Departamento
			Teléfono/Celular
Fecha del siniestro	Causa del Siniestro	Lugar del Siniestro (Cuidad y Departamento)	Correo Electrónico

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombres y Apellidos		Parentezco	Dirección de Domicilio		Ciudad de Domicilio
Tipo de Documento	Documento de Identidad	Fecha de Expedición	Lugar de Nacimiento		Teléfono
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. _____	AAA/MM/DD	Ciudad: _____	Departamento: _____	
Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA	Nacionalidad:	Ocupación/Oficio:	Profesión:	Independiente _____	Asalariado _____
Estudiante _____ Ama de Casa _____ Rentista _____ Socio _____ Pensionado _____ Actividad Economica _____ CIUU _____					
Nombre de la Empresa donde Trabaja:			Area:	Cargo:	
Ciudad:		Dirección:	Teléfono:	Celular:	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO EN GENERAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

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

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

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	INVERSIONES <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>
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)  
 Convenio con la entidad financiera con la cual la Compañía tenga convenio (Pago en Efectivo)

**INFORMACIÓN DEL EVENTO - APLICA SOLO PARA EL PRODUCTO DE HOGAR**

Fecha de Ocurrencia \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_  
 Autoridad o Entidad que conoció el evento \_\_\_\_\_ Monto estimado de los daños \_\_\_\_\_

Bomberos <input type="checkbox"/>	Policía <input type="checkbox"/>	Defensa Civil <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
<b>DATOS DE LA PERSONA CONTACTO PARA LA INSPECCIÓN</b>			
Nombres y Apellidos _____		Dirección de Domicilio _____	
Correo electrónico _____	Teléfono celular _____	Teléfono fijo _____	Ciudad de Domicilio _____
<b>DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO</b>			
<p>Declaro expresamente que: Los recursos que poseo provienen de la siguiente fuente: _____</p> <p>1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro los marcos legales, los recursos que poseo no provienen de actividad ilícita.</p> <p>2. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable.</p> <p>3. De manera irrevocable autorizo a Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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, 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.</p> <p>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.</p> <p>Que para el caso de la prestación de servicios por parte de Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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. Yo _____, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____, 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, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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. y que de igual manera, permito el acceso y estudio de mis datos personales, suministrado o no por mi.</p> <p>Adicionalmente manifiesto que Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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 me ha informado de manera expresa, lo siguiente:</p> <p>1. Que los datos personales autorizados ampliamente por mi parte, y descritos en el numeral anterior, serán de tratamiento por parte de Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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. para el cumplimiento y</p> <p>a. Que los datos personales serán tratados por Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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. para las siguientes finalidades:</p> <p>I. Vinculación a Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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. como consumidor Financiero.</p> <p>II. Liquidación y pago de siniestros</p> <p>III. La gestión Integral del Seguro Contratado</p> <p>IV. La elaboración de estudios actuariales, estadísticos, reportes a casa matriz y demas fines que considere pertinente Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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</p> <p>V. El tratamiento de los datos podrá realizarse incluso sin tener una relación contractual con Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía 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.</p> <p>b. Que los datos podra ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados a compañías subsidiarias, vinculadas o casa Matriz, compañías 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.</p> <p>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.</p>			
Nombre _____	Firma _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align:center; margin-top: 5px;">Huella</p>	
Cédula _____			
<b>INFORMACION ENTREVISTA</b>		<b>VERIFICACION DE LA INFORMACION</b>	
Lugar de la Entrevista _____		Fecha de Verificación: Día _____ Mes _____ Año _____	
Fecha de Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____		Hora de Confirmación: _____	
Hora de la Entrevista: _____		Firma: _____	
Observaciones: _____		Observaciones: _____	
Nombre del Intermediario o Asesor _____		_____	
Firma del Intermediario o Asesor _____		_____	
Resultado de la Entrevista: Autorizado ____ Rechazado ____		_____	
<p>"El diligenciamiento del presente formulario no constituye obligación de pago para la Compañía Aseguradora"</p> <p>" El diligenciamiento de este formulario no lo exime de aportar la documentación necesaria para realizar el analisis y tramite de la reclamación"</p> <p><b>NOTA: ESTE FORMATO APLICA REALIZAR RECLAMACIONES DEL PROGRAMA DE SEGUROS DEL BANCO W S.A.</b></p>			