

BANCO W S.A
FORMULARIO DE RECLAMACION DE SEGUROS

Fecha de diligenciamiento: _____

AGENCIA: _____ CRÉDITO NÚMERO: _____

Reclamación por:

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

DATOS DEL ASEGURADO / DATOS DEL FALLECIDO

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 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		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 _____ CIU _____					

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 <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Defensa Civil <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		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 ilícita.
2. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable.
3. De manera irrevocable autorizo a Axa Colpatría Seguros S.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.
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 Colpatría Seguros S.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. 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 Axa Colpatría Seguros S.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.

Adicionalmente manifiesto que Axa Colpatría Seguros S.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 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 Colpatría Seguros S.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 el cumplimiento y evaluación de sus deberes legales y normativos.
 - a. Que los datos personales serán tratados por Axa Colpatría Seguros S.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 las siguientes finalidades:
 - I. Vinculación a Axa Colpatría Seguros S.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.
 - 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 Axa Colpatría Seguros S.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
 - V. El tratamiento de los datos podrá realizarse incluso sin tener una relación contractual con Axa Colpatría Seguros S.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.
 - b. Que los datos podrá 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.
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 _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: auto;">Huella</div>
Cédula _____		

INFORMACION ENTREVISTA	VERIFICACION DE LA INFORMACION
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 <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>	

"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.