

**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 <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**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 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)  |
| <input type="checkbox"/> Entidad Bancaria con la cual la Compañía tenga convenio (Pago en Efectivo)  |
| <b>Suramericana:</b> Banco Bogotá <input type="checkbox"/> <b>Chubb:</b> Davivienda <input type="checkbox"/> <b>Allianz:</b> Bancolombia <input type="checkbox"/> <b>Positiva:</b> Banco Bogotá <input type="checkbox"/> Banco Agrario <input type="checkbox"/> <b>Los Olivos:</b> Banco Bogotá <input type="checkbox"/> |

**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"/>          |

**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: 0 auto;"></div> <p align="center">Huella</p> |
| 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.**