

BANCO W S.A
FORMULARIO DE RECLAMACION DE SEGUROS

Fecha de diligenciamiento: _____

Agencia: _____ Crédito Número / Tarjeta de Crédito (4 últimos dígitos): _____

Reclamación por:

Vida Deudores / Libranza:	<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> ITP	Tarjeta de Crédito:	<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> ITP
Vida Voluntario:	<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> ITP		
Exequias:	<input type="checkbox"/> Auxilio en caso de no utilización		<input type="checkbox"/> Auxilio de muerte accidental + Auxilio Educativo		
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"/> Enfermedades Amparadas	<input type="checkbox"/> Auxilio por accidente para gastos medicos		<input type="checkbox"/> Diagnostico positivo de Cáncer	
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: _____	
Microempresaria:	<input type="checkbox"/> Bolso protegido	<input type="checkbox"/> Contenidos	<input type="checkbox"/> Protección de documentos		
Fletero:	<input type="checkbox"/> Hurto calificado del dinero	<input type="checkbox"/> Hurto calificado cedula	<input type="checkbox"/> Muerte accidental por hurto calificado		

DATOS DEL ASEGURADO / DATOS DEL FALLECIDO

Nombres		Apellidos			
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Documento de Identidad		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento
	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 (Ciudad y Departamento)		Correo Electrónico	

DATOS DEL BENEFICIARIO / ASEGURADO LESIONADO

Nombres y Apellidos		Parentesco	Dirección de Domicilio		Ciudad de Domicilio
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Documento de Identidad		Fecha de Expedición		Lugar de Nacimiento
	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"/>			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)

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	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 mí.

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 demas 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

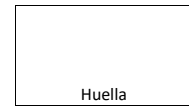
V. El tratamiento de los datos podrá realizarse incluso sin tener una relación contractual con Axa Colpatría Seguros S.A, Chubb de Colombia, Allianz Seguros de Vida S.A, Positiva Compañía de Seguros S.A, Sercofun LTDA - Funerales Los Olivos, Suramericana Vida S.A, Mapfre Colombia Vida Seguros S.A y/o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

b. Que los datos 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.

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 _____



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 _____ Rechazado _____	

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

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

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