

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"/> | Tarjeta de Crédito: <input type="checkbox"/> | Vida Voluntario: <input type="checkbox"/> | Exequias: <input type="checkbox"/> | Familia: <input type="checkbox"/> | Hogar: <input type="checkbox"/> |
| Microempresaria: <input type="checkbox"/> | Salud y Bienestar: <input type="checkbox"/> | Fleteo: <input type="checkbox"/> | Tu Giro Protegido: <input type="checkbox"/> | | |

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 (Ciudad y Departamento) | | Correo Electrónico | |

DATOS DEL BENEFICIARIO / ASEGURADO LESIONADO

| | | | | | |
|---|------------------------|-------------------|--|---------------------|---------------------|
| Nombres y Apellidos | | Parentesco | Dirección de Domicilio | | Ciudad de Domicilio |
| Tipo de Documento | Documento de Identidad | | Fecha de Expedición | Lugar de Nacimiento | |
| 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 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 _____

Cédula _____



Huella

INFORMACION ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____
Fecha de Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____
Hora de la Entrevista: _____
Observaciones: _____
Nombre del Intermediario o Asesor: _____
Firma del Intermediario o Asesor: _____
Resultado de la Entrevista: Autorizado ____ Rechazado ____

VERIFICACION DE LA INFORMACION

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"

" El diligenciamiento de este formulario no lo exime 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.