

FECHA:

PÓLIZA NÚMERO:

CERTIFICADO No.

Reclamación por: Muerte Accidental Desmembración Accidental Gastos Médicos Renta diaria por hospitalización Enfermedades Amparadas

Documentos que se anexan:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Formulario de reclamación | <input type="checkbox"/> Fotocopia de documento del reclamante | <input type="checkbox"/> Historia clínica con fecha y hora de Ingreso y fecha y hora de salida |
| <input type="checkbox"/> Copia certificado de seguro | <input type="checkbox"/> Registro civil de defunción | <input type="checkbox"/> Factura originales (que cumplan con los requisitos establecidos por la DIAN) |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia de la cédula del asegurado | <input type="checkbox"/> Documento de las autoridades competentes | <input type="checkbox"/> Historia clínica con diagnóstico inicial de la enfermedad (fecha en la cual le fue diagnosticada por primera vez) |

NOTA: SI LOS BENEFICIARIOS DESEAN AUTORIZAR A UNA PERSONA PARA RECIBIR LA INDEMNIZACIÓN LO DEBEN REALIZAR POR CARTA AUTENTICADA

CLASE DE VINCULACIÓN: Tomador Asegurado Beneficiario

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (Titular)

Nombres		Apellidos		Fecha del siniestro DD/MM/AAAA	
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		No. Documento de identificación		Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	
Dirección de Domicilio		Ciudad		Teléfono	
				Lugar del Siniestro	

DATOS DEL RECLAMANTE (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"/>		No. Documento de identificación		Fecha de Expedición: DD/MM/AAAA		Lugar	

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA Lugar: _____ Nacionalidad: _____ Ocupación/Oficio: _____ Profesión: _____ Independiente Asalariado

Estudiante Ama de Casa Rentista Socio Pensionado CIU

Nombre de la Empresa donde Trabaja: _____ Area: _____ Cargo: _____

Ciudad: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS SI NO POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO SI NO

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO EN GENERAL? SI NO

Durante los últimos 2 años ha sido considerado como una persona políticamente expuesta Si No Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro _____

¿Tiene usted algún vínculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta? Si No Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información

Padre <input type="checkbox"/>	Hijo <input type="checkbox"/>	Hermano <input type="checkbox"/>	Nieto <input type="checkbox"/>	Abuelo <input type="checkbox"/>	Suegro <input type="checkbox"/>	Yerno <input type="checkbox"/>	Cuñado <input type="checkbox"/>	Esposo <input type="checkbox"/>
Nombre Completo _____				Número de identificación _____				
Nombre Completo _____				Número de identificación _____				
Nombre Completo _____				Número de identificación _____				

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

*** DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN 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"/>
OTROS ENGRESOS \$	<input type="text"/>	CONCEPTO OTROS EGRESOS	<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

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES

RELACIONE A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS E INDEMNIZACIONES RECIBIDAS SOBRE SEGUROS EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

AÑO	RAMO	COMPAÑÍA	VALOR	RECLAMO	INDEMNIZACIÓN

FORMA DE PAGO TRANSFERENCIA

NÚMERO DE CUENTA BANCARIA: _____

Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente

Marque con una X el Banco al que pertenece su cuenta

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORROS			CORRIENTE	AHORROS
<input type="checkbox"/> Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco Ganadero BBVA	013	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
<input type="checkbox"/> Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco Colpatria	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
<input type="checkbox"/> Banco Corpbanca	006	9 dígitos	9 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
<input type="checkbox"/> Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	<input type="checkbox"/> Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
<input type="checkbox"/> Banco Agrario	008	10 dígitos	10 dígitos	<input type="checkbox"/> Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
<input type="checkbox"/> Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	<input type="checkbox"/> AV Villas	052		9 ó 13 dígitos
<input type="checkbox"/> HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	<input type="checkbox"/> Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
<input type="checkbox"/> Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos				
<input type="checkbox"/> Helm Bank	014	9 dígitos	9,12,14 ó 16 dígitos				

Nota: En caso de no poseer cuenta bancaria se hará entrega por ventanilla del dinero en efectivo en las sucursales a Nivel Nacional de cualquiera de los siguientes Bancos:

BANCO AGRARIO Ciudad y/o Municipio _____ **BANCO DE BOGOTÁ** Ciudad y/o Municipio _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que: Los recursos que poseo provienen de la siguiente fuente: _____

- Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro los marcos legales, los recursos que poseo no provienen de actividad ilícita.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable.
- De manera irrevocable autorizo a Positiva Compañía de 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
- 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 que para el caso de la prestación de servicios por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A. Yo _____, identificado con la cédula de _____, 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 Positiva Compañía de Seguros S.A. y que de igual manera, permito el acceso y estudio de mis datos personales, suministrado o no. Adicionalmente manifiesto que Positiva Compañía de Seguros S.A. me ha informado de manera expresa, lo siguiente:
 - Que los datos personales autorizados ampliamente por mi parte, y descritos en el numeral anterior, serán de tratamiento por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A.
 - Vinculación a Positiva Compañía de Seguros S.A. como consumidor Financiero.
 - Liquidación y pago de siniestros
 - La gestión Integral del Seguro Contratado
 - La elaboración de estudios actuariales, estadísticos, reportes a casa matriz y demas fines que considere pertinente Positiva Compañía de Seguros S.A.
 - El tratamiento de los datos podrá realizarse incluso sin tener una relación contractual con Positiva Compañía de Seguros S.A.
 - 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.
- 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 _____



INFORMACIÓN ENTREVISTA	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
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"
NOTA: ESTE FORMATO SIMPLIFICADO APLICA ÚNICAMENTE PARA PAGO BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA BANCO W.