

Fecha de Recepción		DD	MM	AAAA	Nro. Requerimiento		Ciudad	
--------------------	--	----	----	------	--------------------	--	--------	--

Esta información se hace necesaria en el momento en que la Aseguradora lo requiera, para realizar contacto directo con el reclamante (beneficiario o titular) en dado caso en que se requiera documentación adicional o complementaria, por lo que agradecemos suministrar información veraz y escritura legible.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL TITULAR (ASEGURADO)											
Nombres				Apellidos							
Nro. de identificación		Nro. De Obligación		Aseguradora			Fecha del siniestro		DD	MM	AAAA
Tipo de Seguro		Tipo de Cobertura		Tipo de Amparo							

2. INFORMACION GENERAL BENEFICIARIOS										
Beneficiario 1	Nombres				Apellidos					
	Tipo Identificación		Nro. Identificación		Ciudad residencia		Dirección			
	Teléfono		Celular		Correo electrónico		Parentesco			
Beneficiario 2	Nombres				Apellidos					
	Tipo Identificación		Nro. Identificación		Ciudad residencia		Dirección			
	Teléfono		Celular		Correo electrónico		Parentesco			
Beneficiario 3	Nombres				Apellidos					
	Tipo Identificación		Nro. Identificación		Ciudad residencia		Dirección			
	Teléfono		Celular		Correo electrónico		Parentesco			
Beneficiario 4	Nombres				Apellidos					
	Tipo Identificación		Nro. Identificación		Ciudad residencia		Dirección			
	Teléfono		Celular		Correo electrónico		Parentesco			

3. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA RADICACIÓN									
N.	Documento	ITP	Muerte	Cumple					
1	Copia al 150% del documento de identidad del asegurado.	X	X						
2	Copia de la historia clínica completa.	Si aplica	Si aplica						
3	Dictamen del médico tratante en la cual se determine la pérdida de la capacidad laboral igual o superior al 50%, donde certifique causa, descripción, diagnóstico de la incapacidad, calificación y fecha de estructuración.	X							
4	Certificación de la entidad competente donde se evidencie la causa de la incapacidad (Informe de Fiscalía, Informe y croquis de Tránsito, etc).	Si aplica							
5	Certificación de la entidad competente donde se evidencie la causa del fallecimiento (Informe de Fiscalía, Necropsia o Acta de Levantamiento de Cadáver, informe y croquis de tránsito).		Si aplica						
6	Copia del documento de identidad de cada beneficiario o Registro Civil de Nacimiento para menores de edad.		X						
7	Copia del Registro de matrimonio.		Si aplica						
8	Declaración Notarial de los herederos (Extrajuício).		X						
9	Copia del registro civil de defunción.		X						
Documentación para acreditar a Apoderados (Si aplica)									
1	Poder ante Notaria o Juzgado en caso de que el asegurado se encuentre impedido para trámites legales.	X							
2	Poder ante notaria o juzgado en caso que los beneficiarios del asegurado lo decidan.		X						
3	Cédula de ciudadanía del apoderado ampliada al 150%	X	X						
Formatos asociados									
1	FO-SAC-001 Formato autorización de pago por transferencia, diligenciado por cada reclamante o su apoderado.	X	X						
2	Formato SARLAFT de RSA, diligenciado por cada reclamante o su apoderado.	X	X						
Documentos Generados por Banco Credifinanciera									
1	Copia de la solicitud de certificado individual del seguro.	Si aplica	Si aplica						
2	Certificado de deuda.	X	X						

4. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA									
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Los Beneficiarios relacionados en el formato, autorizan a BANCO CREDIFINANCIERA S.A., a sus entidades vinculadas, a las Compañías Aseguradoras y/o Intermediarios de Seguros que participen en desarrollo del presente contrato, y a quienes representen los derechos de cualquiera de ellas o sean cesionarios de los mismos (todas ellas en adelante las "Entidades Autorizadas") para que, con fines de reclamación de seguros, estadísticos, de procesamiento de datos, administración de riesgos de lavado de activos y de financiación del terrorismo, comerciales y de información entre compañías, y entre estas y las autoridades competentes, a: (a) Consultar en cualquier tiempo en los bancos de datos toda la información relevante con la finalidad de decidir respecto de su vinculación como usuario o cliente de los productos ofrecidos por las Entidades Autorizadas, conocer su desempeño como deudor, su capacidad de pago o para valorar el riesgo de concederle un crédito o un seguro; (b) Reportar a los bancos de datos, directamente o por intermedio de las autoridades de vigilancia y control, datos tratados o sin tratar referidos a: (i) el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias o deberes de contenido patrimonial; (ii) sus solicitudes de crédito, datos personales, así como información de sus relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado a las Entidades Autorizadas o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos; (c) Conservar y divulgar a través de bases de datos u otros medios la información indicada en el literal b) con su debidas actualizaciones; (d) Contactarlos a través de llamadas telefónicas, visitas o comunicaciones escritas enviadas por cualquier medio, relacionados con los productos adquiridos, información promocional, servicios inherentes a la actividad de las Entidades Autorizadas y comunicaciones que deban ser enviadas de conformidad con la normatividad vigente y aplicable a la actividad de las Entidades Autorizadas y; (e) Guardar los registros, comunicaciones y llamadas telefónicas que intercambie con las Entidades Autorizadas y, en general, dejar constancia de los mensajes que se envíen y reciban en desarrollo del presente contrato.

5. NOTIFICACIONES											
a. En todos los casos la Compañía de Seguros, se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.											
b. La entrega incompleta de los documentos requeridos no garantiza la efectividad de la reclamación ante la Compañía de Seguros.											
c. Banco Credifinanciera S.A. actúa como mandatario de la compañía de seguros en la recepción de los documentos presentados por el cliente o sus beneficiarios. Para tal efecto realiza procesos de validación internos los cuales tienen tiempo máximo de respuesta de cinco (5) días hábiles contados a partir de la radicación de la totalidad de los documentos solicitados.											
d. Una vez finalizados los procesos de validación interna, Banco Credifinanciera S.A. procede con la radicación de la reclamación ante la compañía de seguros, la cual dispone de treinta (30) días calendario para dar respuesta formal de dicha reclamación.											
e. Se deja constancia que al momento del diligenciamiento del presente formato se ha hecho entrega de un documento explicativo del tratamiento que se podrá efectuar respecto de los datos personales, los fines de dicho tratamiento, los derechos de los titulares de los datos personales, la identificación y datos de contacto del responsable del tratamiento de la información.											
Entregado por:					Recibido por:						
Firma					Firma Trabajador Banco Credifinanciera						
Nombre:					Nombre:						
c.c.					c.c.						
CAMPO EXCLUSIVO PARA PROTECCION GARANTIZADA											
Nro. de Póliza		Valor asegurado		Fecha Ingreso Póliza				Fecha de Reporte			
					DD	MM	AAAA		DD	MM	AAAA