



FORMATO DE RECLAMACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES CREDIFINANCIERA

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD FORMATO DE RECLAMACIÓN PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES CREDIFINANCIERA FM-GOPE-7.V.1 04/02/2019

Fecha de Recepción	DD	MM	AAAA	
Producto	<input type="checkbox"/> Libranza	<input type="checkbox"/> Microcrédito	<input type="checkbox"/> Vehículos	<input type="checkbox"/> CDT

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

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO		
Nombre Completo	Tipo Documento	N° Documento
	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE					
Nombre Completo			Tipo Documento		N° Documento
			CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		
Parentesco	Ciudad		Tel Fijo		
Celular	Dirección	Email			

Tipo de amparo	<input type="checkbox"/> Muerte por cualquier causa <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Auxilio Funerario
----------------	--

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO									
Fecha y hora del siniestro	DD	MM	AAAA	A LAS	AM	Fecha de calificación de ITP	DD	MM	AAAA
Lugar del Siniestro					PM				

La información presentada a continuación debe ser diligenciada para los casos donde aplique pago de auxilio funerario o remanente.

INFORMACIÓN GENERAL BENEFICIARIOS					
#	N° Documento Identidad	Nombres y Apellidos	Teléfono / Celular	Edad	Parentesco
1					
2					
3					

AUTORIZO a Aseguradora Solidaria de Colombia para que se efectúe el pago en caso que haya lugar a la cobertura solicitada y después de haber transferido el saldo de la deuda a CREDIFINANCIERA S.A., correspondiente a la reclamación del Asegurado para que el saldo restante sea girado a mi nombre bajo los siguientes datos:

Forma de Pago	Transferencia electrónica
Banco	
Cuenta N°	
Tipo de Cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>

Entiendo y acepto que los datos personales registrados en el presente documento serán tratados conforme a la Política de Privacidad de Aseguradora Solidaria en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012.

AUTORIZO de manera previa, expresa e informada a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, al Corredor de Seguros y al Tomador para recolectar consultar y almacenar datos de mi estado de salud. **(Aplica únicamente para el deudor asegurado).**

VIGILADO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Ciudad y Fecha

Firma y C.C del Reclamante

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS POR LA ASEGURADORA PARA EL PAGO DE SINIESTROS

DOCUMENTO	MUERTE (Básico) y AUXILIO FUNERARIO	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
Fotocopia de la cédula de ciudadanía.	✓	✓
Original o copia autenticada del registro civil notarial de defunción.	✓	
Certificado expedido por el Banco en el cual conste el saldo de la deuda.	✓	✓
Solicitud individual de seguro y declaración de estado de salud, debidamente diligenciado para créditos superiores al amparo automático.	✓	✓
Documentos que acrediten la calidad de beneficiarios (copia del registro civil de nacimiento o de matrimonio, fotocopia de la cédula de ciudadanía, declaraciones extra juicio) en los casos que se requiera.	✓	
Historia clínica completa del tratamiento con su dictamen final y las pruebas que determinen la existencia de la incapacidad, emitida por las entidades del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP).		✓
Dictamen de calificación de la incapacidad total y permanente emitida por la empresa promotora de salud o la junta de calificación de invalidez.		✓
Formato Único de Conocimiento del Cliente (FUCC)	✓	