seguros alfa	FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SEGUROS DIGITALES VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES	CÓDIGO	IND-TSVG-FR-011
	TRÁMITE DE SINIESTROS DIRECTOS	VERSIÓN	1

El suministro de la información solicitada en el presente formulario y su diligenciamiento no implica aceptación de responsabilidad de carácter alguno por parte de Seguros Alfa S.A o de Seguros de Vida Alfa S.A.

El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones, rayas, ni palabras en comillas y escrita de puño y letra del beneficiario.

Datos del Asegurado

Nombres: Apellidos:

Tipo de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ RC ☐ TI ☐ Número de identificación: Expedida en:

Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Dirección de Residencia: Ciudad: Departamento:

Celular: Teléfono Fijo: Correo electrónico:

Datos del apoderado del asegurado o beneficiario principal (completar sólo si es distinto al asegurado)

Nota: En aquellos casos en los que la reclamación se presente por intermedio de apoderado o beneficiario, se hará necesario aportar documento debidamente autenticado, en el cual conste tal situación, el cual deberá tener máximo cinco (5) días de expedición.

Nombres: Apellidos:

Tipo de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ RC ☐ TI ☐ Número de identificación: Expedida en:

Perentesco con el Asegurado:

Dirección: Departamento: Ciudad:

Celular: Teléfono fijo: Correo electrónico:

En caso de que el asegurado o benefeciario sea menor de edad, el representante o tutor del menor deberá registrar la siguiente información

Nombres: Apellidos:

Tipo de identificación: C.C. ☐ C.E. ☐ Número de identificación: Expedida en:

Perentesco con el Beneficiario:

Dirección: Departamento: Ciudad:

Celular: Teléfono fijo: Correo electrónico:

Nota: En los casos en los que haya más de un beneficiario reclamante, se debe diligenciar un formato independiente por cada uno de los beneficiarios.

Cobertura afectada

NÚMERO DE PÓLIZA AFECTADA:

PRODUCTO SOBRE EL CUAL SE HACE LA RECLAMACIÓN: Seguro de Vida Pensando en Tu Familia ☐ Seguro de Accidentes Personales Cuidando a Tu Familia ☐

Muerte Accidental ☐	Incapacidad Total y Permanente por Accidente ☐	Incapacidad Total Temporal por Enfermedad ☐	Fractura de Huesos ☐
Muerte Natural ☐	Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad ☐	Renta por hospitalización a Causa de Accidente ☐	Gastos Médicos por Accidente ☐
Suicidio ☐	Incapacidad Total Temporal por Accidente ☐	Renta por hospitalización a Causa de Enfermedad ☐	Cáncer ☐
Enfermedades Graves ☐			

Datos del Siniestro

Fecha de ocurrencia del siniestro: A A A A M M D D

¿Cuántas veces a presentado la reclamación? _____

Enumere las compañías donde el asegurado tiene seguro de vida _____

Causas y circunstancias del siniestro,lesiones sufridas (Dónde, Cuándo y Cómo)

Para todas las coberturas, registre los datos de la cuenta a la cual se le girarán los recursos por el pago de la indemnización

Tipo de Cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐ Numero de cuenta: Banco : _____

No poseo cuenta ☐ En caso de no tener cuenta de ahorros o corriente en el sistema financiero la aseguradora se comunicará con el beneficiario para informarle como se realizará el pago.

Firma y Huella del Solicitante

Firma del Asegurado/Apoderado o Beneficiario
Número del Documento: _____
Fecha de reclamación D D M M A A A A

Huella índice derecho

IMPORTANTE

Importante: La aceptación del siniestro y el pago de la indemnización correspondiente dependen en su totalidad del análisis realizado por la Aseguradora.