| seguros alfa | FORMATO DE RECLAMACIÓN DE SEGUROS DIGITALES<br>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 ☐
- Seguro de Cáncer Femenino Bienestar Para Ti ☐
- Seguro de Cáncer Masculino Bienestar Para Ti ☐

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA