

### FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO

El suministro de la información solicitada en el presente formulario y su diligenciamiento no implica aceptación de responsabilidad de carácter alguno por parte de **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES 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 o reclamante. Debe ser dirigido a la aseguradora que corresponde de acuerdo a la póliza que posea el cliente.

DATOS DEL ASEGURADO				FECHA		
				DD	MM	AAAA
Nombres y Apellidos			Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S.			
No. de Identificación	Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	
	DD	MM	AAAA			
País de Residencia	Departamento	Ciudad		Dirección de Residencia		
Tipo de Contrato (en caso que sea empleado) CUAL? _____						
Actividad Económica <input type="checkbox"/> empleado <input type="checkbox"/> independiente <input type="checkbox"/> otra cual? _____						
Teléfono Fijo		Celular		Correo Electrónico		

DATOS PARA EL PAGO AL ASEGURADO O BENEFICIARIO (EL TITULAR DE LA CUENTA DEBE SER EL ASEGURADO O BENEFICIARIO)		
Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Número de cuenta	Entidad Financiera
<b>IMPORTANTE:</b> Tenga en cuenta que el titular de la cuenta debe ser uno solo y debe corresponder con el asegurado o el beneficiario del pago. Si la aseguradora encuentra que esta cuenta está inactiva, cancelada o hay alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá, si es necesario o lo considera pertinente, suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de la aseguradora. El reclamante debe cerciorarse de que el número de la cuenta entregado esté correcto ya que se exonera a la aseguradora si ésta por error atribuible a inexactitud de la información que se suministró consigne en una cuenta bancaria errada.		

ORIGEN Y DECLARACIÓN DE INGRESOS
(aplicable para Beneficiarios en la cobertura de Muerte Natural o Accidental y Apoderados en las coberturas de Incapacidad total y Permanente)
<b>Nota:</b> Esta sección debe ser diligenciada en todos los casos por el asegurado o su apoderado: Declaro Expresamente que: 1. Los recursos que poseo provienen de _____ (Renta, pensión, ocupación, actividad u oficio). 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitas y las ejerzo dentro del marco legal y, los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las tipificadas como tal en el Código Penal Colombiano. 3. La información que he suministrado en este formulario de declaración de siniestro es veraz y verificable. 4. Autorizo a las entidades aseguradoras, sociedades de capitalización e intermediarios de seguros, para que con los fines estadísticos y de información entre compañías y entre éstas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada de la presente declaración de siniestro o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la aseguradora. 5. Los recursos que se reciban con ocasión del pago de la indemnización, en caso de que ésta sea reconocida, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas de índole alguna.

COBERTURA AFECTADA
<input type="checkbox"/> MUERTE POR CUALQUIER CAUSA <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

DATOS DEL SINIESTRO			
FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO:	DD	MM	AAAA
Declaración de los hechos constitutivos de siniestro: _____			
_____			

DATOS DEL RECLAMANTE			
(Aplicable para las Coberturas de Muerte por cualquier causa, Incapacidad Total y Permanente)			
Nombres Completos		Tipo de identificación	Celular
Dirección de correspondencia		Correo electrónico	Ciudad
País de Nacimiento	País de residencia	Nacionalidad	Parentesco y/o relación con el asegurado

IMPORTANTE
Autorizo expresamente para los fines de la contratación del seguro a <b>CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.</b> para efectuar todo tratamiento de mi información personal, necesario para el cumplimiento de los deberes legales y contractuales de las partes, pudiendo compartir información del asegurado con el Tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementada o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior. Autorizo transferir y transmitir mis datos personales con terceros a nivel nacional e internacional. Esa transferencia o transmisión se presentará cuando sea necesaria en el presente seguro. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, siempre que los mismos resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro; conozco que la revelación de estos datos sensibles es facultativa. Conozco que me asisten los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y las normas que regulan la materia. 1. DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO CORRESPONDERÁ AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTÍA DEL SINIESTRO. 2. EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN DEPENDE EN SU TOTALIDAD DEL ANÁLISIS REALIZADO POR LA ASEGURADORA. <b>ADVERTENCIA:</b> <b>CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.</b> asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero.
Firma del Asegurado/ Apoderado/Reclamante Identificación _____

**Nota:** Declaro que toda la información entregada es verdadera y completa. Autorizo a la compañía de seguros, para solicitar cualquier información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización. Igualmente, autorizo a cualquier entidad hospitalaria, médico o empleado de la misma, así como a cualquier persona que me haya atendido o haya sido consultada por mí, para suministrar mi historia clínica a la aseguradora.