



1. Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos completos		Cédula	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
Ocupación habitual		En caso de fallecimiento, edad al morir	
Amparo por el que desea reclamar			
☐ Vida ☐ Rentas ☐ Incapacidad total y permanente ☐ Enfermedades Graves ☐ Accidentes Personales ☐ Gastos Médicos ☐ Hospitalización ☐			

2. Detalles del accidente , enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha		
☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio		DD	MM	AAAA
Dé un informe detallado de los hechos:				

3. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

Primera vez ☐ Modificación ☐	Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago.		
Tipo de cuenta	Número de cuenta	Nombre entidad financiera	
Ahorros ☐ Corriente ☐			

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor se haga en la cuenta bancaria aquí registrada .

5. Envío de correspondencia

Nombre	Teléfono
Dirección	Ciudad
Correo electrónico	
Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico : Si ☐ No ☐	

1. HISTORIA CLÍNICA Y OTROS SEGUROS: En calidad de asegurado autorizo que aún después de mi fallecimiento, la compañía acceda a toda la información médica que requiera, incluyendo mi historia clínica completa, bien sea a través de los centros hospitalarios o de los médicos que me han atendido. Acepto que mientras tal información no esté en poder de la aseguradora, no podrá entenderse formalizada la reclamación. Igualmente consiento que Seguros Bolívar s.a. solicite a las compañías de seguros información sobre los seguros similares que tenga contratados.

2. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para que trate los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 1. Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 2. Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3. Realizar contactos para la medición del nivel de satisfacción respecto al trámite y/o servicio prestado por Compañía de Seguros Bolívar.

3. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: servicioalcliente@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para realizar el trámite de reclamación ante Compañía de Seguros Bolívar.

Al firmar declaro que toda la información suministrada en este formulario es veraz y está completa. Conozco que la mala fe en la reclamación o en la comprobación del derecho al pago de este seguro, causará la pérdida del derecho al pago.

Fecha

DD MM AAAA

Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. _____



Huella