


Fecha de solicitud

Día Mes Año

Para cumplir con los derechos y exigir las obligaciones de la relación contractual existente, directamente o a través de terceros contratados por la aseguradora para ejercer labores propias de su objeto social. Solicitamos el diligenciamiento de la información requerida en este formato. Tenga en cuenta que los datos que nos suministra serán tratados de acuerdo al anexo "Autorización de tratamiento de datos" que acompaña este formato.

 Para gestionar su solicitud de indemnización comuníquese con la **Línea Efectiva** en Bogotá 601 401 04 47; Medellín 604 444 12 46; Cali 602 403 64 00; Barranquilla 605 353 75 59 o en la línea nacional 01-8000-9-19667.

 O a través del correo electrónico indemnizaciones@colmenaseguros.com

 Si tiene dudas o inquietudes, puede ingresar al portal web: www.colmenaseguros.com de clic en Seguros de Personas y luego Sección Trámites.

Información de Persona Jurídica:

Razón Social:

NIT:

DV:

Correo electrónico del representante legal:

Ocupación, oficio y/o profesión del representante legal:

Información del solicitante: por favor diligencie toda la información para poder contactarnos con usted en el futuro

Nombres y apellidos:

Cédula N°:

Parentesco con el asegurado: indique su parentesco o relación con el asegurado _____

Nota: si es el mismo asegurado omite diligenciar esta información.

Dirección de correspondencia: _____ **Ciudad:** _____

Celular: _____ **Teléfono fijo:** _____ **Correo electrónico:** _____

¿Cómo desea que le enviemos la información?: Correo electrónico Dirección de correspondencia

Nota: si nos proporciona correo electrónico, nos permitirá suministrarle información oportuna frente al avance de la solicitud.

Información del asegurado

Nombres y apellidos completos:

Cédula N°:

Información del siniestro:

Fecha de siniestro

Día Mes Año

Ciudad de ocurrencia del siniestro: _____

Amparo afectado: por favor seleccione el amparo o amparos que considera son los afectados para la solicitud de indemnización:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento | <input type="checkbox"/> Enfermedades graves | <input type="checkbox"/> Desempleo involuntario |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente (ITP) | <input type="checkbox"/> Beneficios o renta por hospitalización | <input type="checkbox"/> Incapacidad Total Temporal (ITT) |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Parcial Permanente (IPP) | <input type="checkbox"/> Fractura de huesos | <input type="checkbox"/> Auxilio por no utilización exequial |
| <input type="checkbox"/> Auxilio adicional por fallecimiento del asegurado principal (Seguro Exequial) | | |

Describanos el evento que da origen a la solicitud de indemnización :

¿Cómo sucedió?

¿Cuándo sucedió?

¿Dónde sucedió?

Al final de este formato encontrará la lista de documentos que recomendamos anexar según el amparo o cobertura.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de mi información personal autorizo de manera expresa y previa a Colmena Seguros identificada con el NIT 800226175-3, ubicada en la Calle 72 No. 10-71 Piso 4, con Teléfono 601 514 15 92 y a sus sucesores, cesionarios o a quien represente u ostente sus derechos, para que directamente o a través de terceros, realicen el siguiente tratamiento sobre mi información personal, a través de medios físicos o digitales o electrónicos:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES

Autorizo que mi huella digital sea capturada por la Aseguradora, mis datos morfológicos (los obtenidos de fotografías, grabaciones de video o captura de iris, entre otros) así como datos de salud se recolecten, almacenen, usen, circulen, supriman y, en general, se traten en procesos de identificación de condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, para garantizar la seguridad en sus instalaciones, y prevenir el fraude o suplantación.

Declaro que me han informado de manera adecuada y suficiente sobre las finalidades con las cuales tratarán este dato sensible, y conozco que no me encuentro obligado a autorizar su tratamiento. Sin embargo, entiendo que estos usos buscan dar más seguridad a mis datos en el desarrollo de mi relación contractual y lo encuentro razonable.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO OTROS DATOS PERSONALES

Autorizo a **Colmena Seguros** (Responsable), a quien represente sus derechos y a quien llegue a actuar como cesionario de los mismos, de forma previa, expresa, inequívoca e irrevocable, a tratar mi información personal, o la de mi representado, mientras se encuentren vigentes las siguientes finalidades:

• FINALIDADES ESENCIALES

1. Para cumplir con los derechos y exigir las obligaciones de la relación contractual existente, directamente o a través de terceros contratados por la Aseguradora para ejercer labores propias de su objeto social (Encargados) (Ej: la administración del seguro para envío de pólizas, información sobre el seguro adquirido, intermediarios y reaseguradores, actividades de cobranza, entrega de correspondencia, procesos operativos o de riesgos, proveedores de tecnología entre otros). Colmena implementará medidas de seguridad destinadas a proteger la identidad del titular.
2. Para solicitarme directamente, o verificar con los Operadores de Información o las Agencias de Información Comercial, nacionales o del exterior, toda la información relacionada con mi comportamiento financiero, comercial y crediticio, y el cumplimiento de mis obligaciones crediticias y la proveniente de terceros países, incluyendo información relacionada con los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social. También para consultarla, confirmarla, reportarla, analizarla, actualizarla, conservarla y retirarla.
3. Para transferirla a Autoridades nacionales o internacionales en cumplimiento de las normas, referidas a la prevención de actividades ilícitas y al intercambio o suministro de información para efectos tributarios.
4. Para actualizar, conservar, procesar, recopilar y utilizar mi información personal, y/o la documentación entregada en virtud de la relación contractual.
5. Para que me brinden asesoría o asistencia para administrar los productos y servicios de la entidad.
6. Para enviarme a la dirección de correo electrónico y demás datos de contacto que registre, las comunicaciones y reportes de tipo legal y comercial que se requieran.
7. Para compartir mis datos de contacto y de titularidad de productos financieros con las entidades que forman parte del Conglomerado Financiero al que Colmena Seguros pertenece, para ofrecer sus productos y servicios que son complementarios a los ofrecidos por la Aseguradora. Las empresas que conforman el Conglomerado Financiero se encuentran publicadas en el aviso de privacidad que podrá consultar en la página web de la Entidad.
<https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx>.

• FINALIDADES NO ESENCIALES

Autorizo para que mi información personal sea compartida con aliados de la Aseguradora para las siguientes finalidades:

1. Para realizar estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses. **Sí**___ **No**___
2. Para el ofrecimiento de bienes, productos o servicios financieros complementarios a los adquiridos con la Aseguradora. **Sí**___ **No**___
3. Para el ofrecimiento de bienes, productos y servicios que puedan ser de mi interés, mediante la realización de campañas comerciales o el desarrollo de convenios de marca compartida. **Sí**___ **No**___

Con la firma de la presente autorización declaro que me fueron informados los aliados y terceros con quienes se compartirá la información para cada una de las anteriores finalidades y que se me informó de manera clara que los podré consultar en la página web www.colmenaseguros.com y que dicha información se actualizará cada vez que surjan cambios en los aliados y terceros.

CON LA FIRMA DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN DECLARO QUE HE SIDO INFORMADO QUE:

1. Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con la Aseguradora o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.
2. Me asisten los derechos a consultar, actualizar, rectificar y suprimir o revocar el consentimiento, esto último cuando no medie un deber legal o contractual que lo impida.
3. Que los canales dispuestos por **Colmena Seguros** para ello son los establecidos en el aviso de privacidad que podrá consultar en <https://www.colmenaseguros.com/servicio-cliente/Paginas/Proteccion-de-datos.aspx>.
4. Que a través de dichos canales podré revocar el consentimiento otorgado respecto las "Finalidades no esenciales".
5. Que las Políticas bajo las cuales se tratarán mis Datos Personales se encuentran a mi disposición en la página web de **Colmena Seguros** en el enlace <https://www.colmenaseguros.com/imagenescolmenaARP/contenido/proteccion-datos/Politica-de-proteccion-de-datos-personales.pdf>
6. Que usted podrá consultar el listado de los contratistas que la Entidad ha dispuesto para ejercer las labores propias de su objeto social en la página web de la Entidad.

FIRMA: _____

▶ Lista de documentos según el amparo o cobertura ◀

DOCUMENTOS / COBERTURA	Muerte por Cualquier Causa	Incapacidad Total/Parcial y Permanente	Incapacidad Total Temporal/Renta Libre Destinación	Sobrevivencia	Renta Diaria/Fractura Huesos/Beneficios por Hospitalización	Enfermedades Graves	Reembolso Gastos Médicos	Desempleo Involuntario	Gastos Exequiales/Auxilio no Utilización/Auxilio Adicional /Auxilio Exumación	Auxilio Maternidad o Paternidad
Fotocopia del documento de identidad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Registro civil de defunción	✓								✓	
Registro civil de nacimiento										✓
Epicrisis (resumen de historia clínica) de la fecha de muerte con diagnóstico de fallecimiento	✓								✓	
Muerte natural: historia clínica completa	✓									
Muerte accidental - homicidio - suicidio: Resultado de necropsia e informe de la autoridad competente	✓								✓	
Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral, emitida por EPS,ARL,AFP o junta de calificación de invalidez.		✓								
Historia clínica con fecha del diagnóstico de la enfermedad, junto con los exámenes radiológicos, oncológicos, patológicos e histológicos, mediante los cuales se detectó.		✓	✓		✓	✓	✓			
Certificado de hospitalización y/o de incapacidad, que contenga fecha de ingreso y egreso			✓		✓					
Epicrisis (resumen de historia clínica) de las atenciones médicas recibidas			✓		✓		✓			✓
Factura de venta cancelada de los gastos, la cual contenga una relación discriminada de los servicios prestados (incluyendo el valor de cada concepto)							✓		✓	
Certificación expedida por la entidad que asumió los servicios exequiales									✓	
Planilla de aportes realizados al sistema de seguridad social (salud y pensión)			✓					✓		
Documento donde conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente								✓		
Liquidación laboral elaborada por el empleador								✓		
Copia del contrato de trabajo								✓		
Certificación bancaria no mayor a tres meses				✓						

Con toda la documentación aportada tenemos como propósito analizar y definir su solicitud de indemnización de la manera más oportuna posible. Tenga en cuenta que la Compañía se reserva la posibilidad de solicitar documentación adicional sólo si resultare necesario.