skandia

Formato indemnización de seguros

Skandia Seguros de Vida S.A.

Producto No.

Ciudad | Fecha de Diligenciamiento: Día | Mes | Año

Cobertura a reclamar

Marque con una X el tipo de reclamación: ☐ Muerte Natural ☐ Muerte accidental ☐ Incapacidad total y permanente ☐ Enfermedades Graves

Información Básica del Reclamante

Nombres | Apellidos

Tipo y número de identificación C.C ☐ C.E ☐ Otro* | Número | Nacionalidad

Teléfono | Celular | Dirección de residencia

Barrio | Ciudad | Departamento

Email | ¿Actua en nombre de todos los beneficiarios? ☐ SI ☐ NO

*Registro Civil - Tarjeta de Identidad - Pasaporte - Permiso por protección temporal

Indique todos los beneficiarios de la póliza (Si requiere espacio adicional use una hoja en blanco). No aplica para el producto Enfermedades Graves, el beneficiario es el mismo asegurado.

Nombres y apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	Edad	Parentesco

En el campo de Tipo de identificación seleccionar: 1. Cédula de Ciudadanía - 2. Cédula de extranjería - 3. Pasaporte - 4. Registro Civil - 5. Tarjeta de Identidad - 6. Permiso por protección temporal

¿Es usted el asegurado? (Si su respuesta es SÍ omita la siguiente sección, si es NO diligénciela) ☐ SI ☐ NO

Información Asegurado

Nombres | Apellidos

Tipo y número de identificación C.C ☐ C.E ☐ Otro* | Número | Nacionalidad

Edad | Lugar de nacimiento | Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año | Género ☐ M ☐ F ☐ Otro

* Registro civil - Tarjeta de identidad - Pasaporte - Permiso por protección temporal

Detalles del siniestro

En caso de requerir espacio adicional para las observaciones puede diligenciar la información en una hoja en blanco

Fecha del incidente Objeto de Reclamación: Día | Mes | Año — Hora del incidente: Hora | Minuto ☐ AM ☐ PM — Fecha de hospitalización: Día | Mes | Año — Hora de Hospitalización: Hora | Minuto ☐ AM ☐ PM

Fecha de alta: Día | Mes | Año

¿Dónde y cómo ocurrió el incidente?

Clase de enfermedad

Describa los detalles de la muerte, enfermedad o incapacidad Total y Permanente

Profesión del Asegurado | ¿Cuál era el cargo o actividad desempeñada por el asegurado al momento de ocurrencia del accidente?

EPS Actual | Nombre de Medicina Prepagada o Póliza de Salud

¿Está o estuvo el asegurado bajo tratamiento médico? ☐ SI ☐ NO | Nombre y dirección del Médico actual

¿En qué fecha dejó el asegurado de realizar todos los deberes relacionados a su ocupación? Día | Mes | Año

¿Cuándo pudo volver a realizar parte de los deberes relacionados a su ocupación? Día | Mes | Año

¿Si el objeto de la reclamación es por incapacidad total y permanente, indique fecha de estructuración determinada por la Junta de Invalidez? Día | Mes | Año

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Pago a Asegurado* Elija sólo una de las siguientes opciones

☐ **1. Traslados a otro Producto de Skandia**

Contrato Nº
Póliza Nº

☐ **2. Cheque con cruce Restrictivo** (sin cruce restrictivo sólo para retiros menores a $20.000.000)

Ciudad

☐ **3. Transferencia Electrónica** (Aplica solo para cuentas registradas en Colombia)

Entidad bancaria

Tipo de cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Número de cuenta

*Aplica solo para pagos de Incapacidad Total y Permanente.

Pago a Beneficiario* Elija sólo una de las siguientes opciones. Esta hoja debe ser firmada por cada beneficiario. (No aplica para el producto Enfermedades Graves el beneficiario es el mismo asegurado)

Nombres y apellidos

Tipo y número de identificación C.C ☐ C.E ☐ Otro** | Número

☐ **1. Retiro a otro Producto de Skandia**

Contrato Nº
Póliza Nº

☐ **2. Cheque con cruce Restrictivo** (sin cruce restrictivo sólo para retiros menores a $20.000.000)

Ciudad

☐ **3. Transferencia Electrónica** (Aplica solo para cuentas registradas en Colombia)

Entidad bancaria

Tipo de cuenta ☐ Ahorros ☐ Corriente

Número de cuenta

*Aplica solo para pago por muerte.

**Registro Civil - Tarjeta de Identidad - Pasaporte - Permiso por protección temporal

Autorización para el tratamiento de información personal

Responsable del Tratamiento. Marque con una X la(s) compañía(s) a la (s) que Usted autoriza como responsable del tratamiento de sus datos (en adelante y para efectos de esta autorización "El Responsable"), considerando el (los) producto(s) o servicio(s) relacionado(s) con el presente Formato de Indemnización:

☐ Skandia Compañía de Seguros de Vida S.A.

En adelante Skandia. **Declaración y Derechos del Titular de los datos.** Declaro que he sido informado que: (i) El Responsable/Skandia, actuará en los términos de la Ley de Protección de Datos como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales; (ii) Ha puesto a mi disposición la línea de atención nacional 01 8000 517 526, el correo electrónico cliente@skandia.com.co y las oficinas de atención al cliente a nivel nacional, cuya información puedo consultar en www.skandia.com.co, disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos como titular del dato previstos en la Constitución y la ley, especialmente a conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información personal, así como a revocar el consentimiento cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; (iii) Mis datos serán tratados observando la Política de Tratamiento de Información disponible en www.skandia.com.co/proteccion-de-datos/; (iv) Es voluntario responder preguntas que eventualmente sean realizadas sobre datos sensibles[1] o datos de menores de edad[2], y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a El Responsable y a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales con las siguientes finalidades:

1. Fines necesarios para la ejecución del contrato y/o prestación del Servicio. (i) Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa precontractual, contractual y pos contractual con El Responsable, respecto de cualquiera de los productos o servicios ofrecidos por El Responsable, que haya adquirido o respecto de cualquier relación negocial subyacente que tenga con el mismo, así como dar cumplimiento a la ley colombiana o extranjera y a las órdenes de autoridades judiciales o administrativas; (ii) gestionar trámites, tales como solicitudes, quejas y reclamos, y realizar análisis de riesgos; (iii) Dar a conocer, transferir y/o trasmitir mis datos personales en consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera e implementar servicios de computación en la nube y/o administrar la información en sistemas y/o plataformas tecnológicas, de acuerdo con los demás fines descritos en este documento; (iv) Suministrar a autoridades, entes de control, asociaciones gremiales y a los sistemas manejados por éstas, los datos personales necesarios para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información del sector correspondiente, cuando aplique; (v) Consultar, recolectar, proporcionar a terceros con quienes el responsable posea un vínculo comercial, legal y/o contractual y reportar la información que repose en operadores de bancos de datos de información financiera de que trata la Ley 1266 de 2008 o las normas que la modifiquen o sustituyan para las siguientes finalidades: cálculo de riesgo crediticio, fines comerciales, de mantenimiento de la relación contractual con el Responsable, estudios de mercado, investigaciones, estadísticas, reporte a entidades públicas y cumplimiento de la normatividad aplicable al Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo; (vi) Acceder, consultar los datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública (entre otros, los Ministerios, Entes de Control, los Departamentos Administrativos, la DIAN, la Fiscalía, Registraduría Nacional del Estado Civil, Juzgados, tribunales y altas Cortes) ya sea nacional, internacional o extranjera; así como, tratar mis datos personales y suministrarlos a las mismas; (vii) Crear bases de datos para los fines descritos en la política de tratamiento de información y aviso de privacidad, disponibles en www.skandia.com.co/proteccion-de-datos/; (viii) Envío de notificaciones transaccionales a través de medios electrónicos o de transmisión de datos tales como mail y SMS, así como informarme sobre actividades relacionadas a los programas de educación financiera; (ix) Consolidar la información financiera, información de extractos y/o de los productos ofrecidos por las compañías Skandia en un solo documento junto con el extracto o en la visualización de los mismos en el portal transaccional de clientes, en los casos que aplique; (x) Para consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, Skandia Seguros de Vida S.A. pueda acceder a la información sobre mi estado de salud y a mi historia clínica; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a Skandia Seguros de Vida S.A. copia de toda la información que sea requerida **(Aplicable únicamente para productos de Skandia Seguros de Vida S.A.)**.

☐ SI ☐ NO

2. Tratamiento de los datos realizado por Compañías Skandia. (i) Dar a conocer, transferir y/o trasmitir los datos personales en consecuencia de un contrato de cualquier índole, ley o vínculo lícito que así lo requiera con fines comerciales, de mercadeo y venta cruzada de las empresas vinculadas al grupo Skandia, sus filiales, subordinadas o vinculadas (ii) Efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios por realizados por empresas vinculadas al grupo Skandia; (iii) Realizar actividades de comercialización de productos, verificación y actualización de información de las empresas vinculadas al grupo Skandia.

☐ SI ☐ NO

3. Relacionamiento estratégico. (i) Realizar invitaciones a eventos, mejorar productos y servicios u ofertar nuevos productos y todas aquellas actividades asociadas a la relación comercial o vínculo existente o aquel que llegare a tener con El Responsable; (ii) Efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios de sus aliados comerciales; (iii) Realizar actividades de segmentación e inteligencia de clientes; (iv) Transferir o transmitir mis datos personales a terceros diferentes a Skandia con fines comerciales o de mercadeo.

☐ SI ☐ NO

Certifico que los datos personales, entre otros, los privados, semiprivados o sensibles, de terceros y menores, en el evento en que se suministren al Responsable, fueron obtenidos de conformidad a la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, así mismo, declaro que cuento con autorización expresa de su(s) titular(es) para transferencia, transmisión y tratamiento del Responsable conforme a los fines anteriormente descritos. En razón de lo anterior, El Responsable podrá solicitar copia de la autorización en cualquier momento u obtenerla directamente del titular con el objeto de ratificar el consentimiento previamente otorgado, de considerarlo pertinente. Para todo lo anterior otorgo mi autorización expresa e inequívoca a El Responsable para tratar mi información personal y de terceros de quien la suministre, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y aviso de privacidad disponible en: www.skandia.com.co/proteccion-de-datos/. Así mismo, Autorizo al Responsable a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico. La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

[1] Son datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las conviccionesreligiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

[2] En el evento en que se suministre información de menores de edad, el representante autoriza el tratamiento de los datos para los fines descritos en el presente documento.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Declaraciones

1. Declaro que: (i) la información suministrada en este documento es verídica; (ii) la relación con la entidad financiera a la cual pertenece(n) la(s) cuenta(s) bancaria(s) registradas para el pago del siniestro, son mi entera responsabilidad, y por lo tanto Skandia no se hará responsable de reclamos, pérdidas o gastos relacionados con dichas entidades financieras.

Firma

(Dato sensible)

Nombre

Identificación

☐ C.C ☐ C.E Otro*

Número

Huella índice Derecho

* Registro Civil - Tarjeta de Identidad - Pasaporte - Permiso por protección temporal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA