

1. LUGAR Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	POLIZA
-----	-----	-----	--------	--------

2. TIPO DE SERVICIO A RECLAMAR – FUERA DE RED

MARQUE CON UNA X LA COBERTURA A AFECTAR. Los amparos y valores asegurados solicitados estarán sujetos a las condiciones particulares y generales de la póliza contratada por el tomador

HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	___	AUXILIO FUNERARIO	___	ENFERMERA EN CASA	___
URGENCIAS	___	EXAMENES DE LABORATORIO	___	CUIDADOS TERMINALES	___
TRASLADO MEDICO	___	MATERNIDAD	___	TERAPIAS	___
CONSULTA MEDICA	___	TRATAMIENTO DENTAL	___	MEDICAMENTOS	___
EXAMENES DE DIAGNOSTICO	___	CIRUGIA	___	REHABILITACIÓN	___
OTROS AMPAROS	___				

3. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O TOMADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.
PARENTESCO CON EL RECLAMANTE	NÚMERO DE LA PÓLIZA

4. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (quien radica la solicitud)

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	TELÉFONO	CIUDAD
E-MAIL	CELULAR	¿ACTÚA EN NOMBRE DE TODOS LOS BENEFICIARIOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

5. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C.	
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	TELÉFONO	CIUDAD
E-MAIL	CELULAR	

6. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

INDIQUE POR FAVOR ¿QUÉ MEDIO DE PAGO PREFERE PARA EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN? MARQUE CON UNA X	<input type="checkbox"/> RETIRO EN CORRESPONSAL BANCARIO <small>(El cheque o dinero deberá recogerse en la sucursal bancaria indicada por la aseguradora en la ciudad que se indica en este formulario. Por razones de seguridad, si el monto de la liquidación del pago excede los tres millones de pesos (\$3.000.000) sólo se acepta pago por transferencia electrónica).</small>	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA? <small>Diligencie la información en los siguientes campos. (El Beneficiario/Asegurado deberá ser el titular de la cuenta bancaria. NO se aceptan cuentas bancarias a nombre de terceros, compartidas ni Cooperativas).</small>
---	---	---

ENTIDAD FINANCIERA	NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA AHORROS CORRIENTE
--------------------	------------------	--

7. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

LUGAR DE OCURRENCIA	FECHA DE OCURRENCIA	HORA DE OCURRENCIA
---------------------	---------------------	--------------------

CAUSA	
DESCRIPCION	

SI LA RECLAMACIÓN ES POR RENTA O INCAPACIDAD INDIQUE	TOTAL DIAS	DESDE HASTA
--	------------	----------------

INDIQUE EL VALOR DEL REEMBOLSO	
--------------------------------	--

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

 Teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad sobre protección de datos, autorizo de manera voluntaria, previa, expresa, informada e inequívoca a la sociedad Compañía de Seguros Colsanitas S.A identificada con NIT. 901.469.580-2 en adelante la "Compañía", la cual hace parte del Grupo Empresarial Keralty y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mi información personal y/o los datos personales de la persona que represento, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y el Aviso de Privacidad disponibles en www.colsanitasseguros.com con las siguientes:

1. FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.- Además de aquellas que sean autorizadas por la Constitución, la ley y el objeto social de la Compañía, los datos serán tratados para: **(i)** Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa pre-contractual, contractual (incluida la afiliación, vinculación y ejecución del contrato o servicio, según corresponda) y post-contractual de la Compañía, respecto de cualquiera de los servicios y/o productos ofrecidos por esta, que haya o no adquirido o respecto de cualquier relación comercial o contractual subyacente que tenga con cualquiera de las empresas del Grupo Empresarial Keralty, terceros aliados o cuando así se requiera, así como para dar cumplimiento a la ley y las órdenes de autoridades judiciales o administrativas; **(ii)** Realizar el tratamiento de los datos personales, incluyendo datos sensibles relacionados con mi estado de salud y biométricos (propios o de la persona que represento, incluyendo datos de menores de edad), para lo cual me ha sido informado que este tipo de autorización es facultativa, así como responder a preguntas de datos sensibles, con la finalidad de prestar los servicios, garantizar la seguridad de los bienes y de las personas que accedan a las instalaciones de la Compañía, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y/o Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales, establecer condiciones de asegurabilidad para brindar coberturas del seguro, el cumplimiento de las normas que lo regulan, así como para realizar actividades propias del objeto social de la Compañía, incluidas pero sin limitarse a actividades corporativas, administrativas, verificación de identidad, autenticación de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza y/o red de distribución entre las empresas del Grupo Empresarial Keralty cuando así lo requiera; **(iii)** Gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos, correspondencia), realizar análisis de riesgo, efectuar encuestas de satisfacción y calidad de servicios respecto de los bienes y servicios de la Compañía o el Grupo Empresarial Keralty, así como a los aliados comerciales de la Compañía; **(iv)** Dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales incluyendo datos sensibles, relacionados con mi estado de salud y biométricos, dentro y fuera del país, a la matriz o a cualquier empresa miembro del Grupo Empresarial Keralty, del cual forma parte la Compañía, así como a contratistas, instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales de la salud, aseguradoras, entidades financieras, entes de control, a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera para actividades propias de la prestación del servicio y/o bien a suministrar o para implementar servicios de computación en la nube; **(v)** Consultar a cualquier prestador de servicios de salud, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotoras de salud (EPS) o centrales de riesgo, para que en cualquier momento, la Compañía pueda acceder a la información sobre mi estado de salud u otros datos personales, así como acceder y consultar los datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier entidad privada o pública; en consecuencia, autorizo a dichas entidades para que entreguen a la Compañía copia de toda la información que sea necesaria o requerida por estas, para la adecuada prestación de los servicios conforme al objeto social de la Compañía; **(vi)** Contactar y enviar a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos), físicos, virtuales o personales, información relacionada con la prestación del servicio, mi estado de salud o información de cualquier producto o servicio ofrecido por la Compañía y/o cualquier empresa miembro del Grupo Empresarial Keralty; así como para realizar cambios o mejoras en el esquema de prestación de los servicios, avisos, propaganda, fidelización o publicidad sobre los productos y/o servicios, envío de noticias, extractos, estados de cuenta o facturas con las obligaciones derivadas del contrato celebrado con la Compañía y/o empresas pertenecientes al Grupo Empresarial Keralty, de acuerdo con la presente autorización y la legislación aplicable vigente; **(vii)** Suministrar información de contacto y documentos pertinentes a la fuerza comercial y/o red de distribución, telemarketing, investigación de mercados, proveedores y prestadores, a las demás empresas del Grupo Empresarial Keralty o a los corredores, agentes y agencias de seguros con los cuales la Compañía tenga un vínculo lícito; **(viii)** Acceder y consultar la información que repose o esté contenida en bases de datos o archivos de cualquier entidad privada o pública (como los Ministerios, Departamentos Administrativos, la DIAN, la Fiscalía, Policía, Registraduría Nacional del Estado Civil, Juzgados, Tribunales, altas Cortes, entre otros) ya sea nacional, internacional o extranjera; **(ix)** Suministrar a las asociaciones gremiales los datos personales necesarios para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información de los sectores salud, asegurador y financiero según aplique; **(x)** Crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles, como datos relacionados a la salud o biométricos) para fines estadísticos, de investigación, estudios de riesgos, desarrollo de nuevos productos o servicios y para cualquiera de las finalidades anteriormente mencionadas; **(xi)** Para compartir mis datos personales y/o de la persona que represento (menores de edad, quienes tendrán una protección reforzada), con las empresas que conforman el Grupo Empresarial Keralty para las funciones propias derivadas del objeto social de cada una de ellas, para lo cual es facultativo el autorizar su tratamiento y/o responder a preguntas de datos sensibles. **(xii)** Para ofrecer nuevos productos y servicios comerciales de cualquiera de las empresas del Grupo Empresarial Keralty y/o compartir información con otras compañías con las cuales se tengan alianzas, convenios o vínculos lícitos relacionados con promocionar sus actividades comerciales, atención de reclamaciones y en general gestión comercial, como programas de prevención y promoción de la salud; **(xiii)** Para realizar gestiones financieras, sin limitarse a registros de cobranza o ante centrales de información y análisis de riesgos con la finalidad de reportar los datos del comportamiento crediticio y financiero; **(xiv)** Para realizar gestiones de seguridad, bases de datos con fines de video vigilancia, SV, circuitos cerrados de televisión (CCTV), cámaras de seguridad implementadas a fin de garantizar la seguridad de los bienes y las personas que acceden a las instalaciones de cualquiera de las empresas pertenecientes al Grupo Empresarial Keralty y/o para utilizar dicha información en diferentes procesos legales, tales como investigación para fraudes y prevención del mismo, así como para suministrar dicha información a las autoridades públicas que lo soliciten; **(xv)** Suministrar información a instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales de la salud, entidades financieras, aseguradoras, con los cuales la Compañía tenga relación contractual o comercial, cuando sea necesario o conveniente entregársela para el cumplimiento del objeto contratado, mejorar sus resultados o efectividad y/o por el desarrollo de alguna alianza comercial; **(xvi)** Para adelantar los procesos de reconocimiento, pago de siniestros y demás trámites a fin de gestionar pólizas de seguros y/o servicios adicionales, cuando se hubiese pretendido suscribir o al haberse suscrito un contrato de seguro.

2. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN.- Declaro además que la Compañía me ha informado de forma clara y precisa: **(i)** Que mis derechos como Titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal; así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, (siempre que no exista un mandato legal o contractual para continuar con el tratamiento), por lo tanto, los datos serán tratados para las finalidades señaladas, durante el periodo que subsista la relación con la Compañía y cinco (5) años más, a menos que exista algún deber legal o contractual de permanecer en la base de datos por un periodo adicional; **(ii)** Que es opcional responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, los cuales serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores y; **(iii)** Que mis derechos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por la Compañía como responsable del tratamiento de datos, observando la Política de Tratamiento de Información.

3. RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.- Que el responsable del Tratamiento de la información es la Compañía, según corresponda.

4. CANALES DE COMUNICACIÓN.- Los canales dispuestos para ejercer los derechos al Tratamiento de datos personales de usuarios son: en www.colsanitasseguros.com y para Keralty S.A.S. y/o demás empresas del Grupo Empresarial Keralty en www.keralty.com; a través de la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 4871920 o fuera de Bogotá D.C. en el 018000979020, o mediante comunicación escrita dirigida al Oficial de Protección de Datos Personales, a la dirección calle 100 No. 11B-67 de la ciudad de Bogotá o a través de correo electrónico a: datospersonales@keralty.com.

5. AUTORIZACIÓN: Por último, manifiesto que me comprometo a leer y consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales y el Aviso de Privacidad. Y autorizo el tratamiento de datos y a la Compañía a modificar o actualizar el contenido de la Política (contenidas en las páginas web mencionadas en el punto 4*), con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios y/o productos, dando aviso previo por medio de dicha página y/o por correo electrónico.

He leído, acepto y autorizo el manejo de la política y tratamiento de datos.

Firma: _____	Persona que represento (menor de edad y/o tercero):
Nombre(s) y Apellidos: _____	Nombre(s) y Apellidos: _____
Identificación: _____	Identificación: _____
Fecha: _____	Parentesco o vínculo _____

Servicio al cliente
Línea en Bogotá: 601-7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.colsanitasseguros.com • Calle 100 #11B-67 Bogotá

Defensoría del Consumidor Financiero:

Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente)

 Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C. - Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrrc.com