



RECLAMACIÓN DE SEGUROS PROCESO SEGUROS

Fecha de solicitud:

1. INFORMACIÓN AFILIADO

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo Documento Identidad: <input type="text" value="C.C."/> <input type="text" value="C.E."/> No. Documento:			
Dirección de domicilio:		Barrio:	
Ciudad	Departamento/Estado		
Teléfono(s) domicilio:	Celular(Móvil)	Correo electrónico	

2. INFORMACIÓN SOLICITANTE (diligenciar en caso de que el solicitante sea un beneficiario o un apoderado)

BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>		APODERADO <input type="checkbox"/>	
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo Documento Identidad: <input type="text" value="C.C."/> <input type="text" value="C.E."/> No. Documento:			
Dirección de domicilio:		Barrio:	
Ciudad	Departamento/Estado		País
Teléfono(s) domicilio:	Celular(Móvil)	Correo electrónico	

3. TIPO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

RAMO	PRODUCTO
Desempleo <input type="checkbox"/>	Crédito Vivienda <input type="checkbox"/> Cesantías <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/>
Vida <input type="checkbox"/> (Muerte, invalidez, enfermedad grave)	Crédito Educativo <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>
Incendio <input type="checkbox"/> (Incendio, terremoto, actos mal intencionados, etc.)	Leasing Habitacional <input type="checkbox"/>
Fecha de ocurrencia del evento <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/>	
Desea recibir notificaciones con relación a su reclamación por: Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/>	
Firma del solicitante	
<input type="text" value="C.C."/> <input type="text" value="C.E."/> No.	

- Diligencie este formato si usted es el titular del producto financiero, beneficiario o apoderado.
- El titular que radica la presente certifica que los datos proceso de reclamación suministrados al FNA son ciertos, a su vez la Entidad se compromete a adoptar una política de confidencialidad y protección de datos personales, con el propósito de proteger la información personal obtenida a través de sus distintos canales de comercialización y contacto.
- Para efectos de formalizar la reclamación se deberá entregar la documentación completa de acuerdo a los requisitos descritos en este formulario y lista de chequeo.
- El pago de la indemnización queda sujeto al cumplimiento de las condiciones generales y particulares de la póliza. El FNA dará traslado a la Compañía de Seguros de la reclamación, siendo la Aseguradora la única responsable y a quien le compete si hay lugar o no al pago de la indemnización. , por lo tanto FNA no es responsable de la definición de la reclamación.
- La reclamación presentada ante la compañía de seguros será definida en un término de un mes de conformidad a lo establecido en el artículo 1080 el Código de Comercio.
- El usuario reconoce que el contenido del presente documento está protegido por derechos de autor, por ende, el usuario no podrá hacer copia de este contenido para su uso personal o comercial como tampoco modificar, copiar, reproducir, volver a publicar, cargar, exponer, transmitir o distribuir de cualquier forma este formato con fines lucrativos o para cometer delitos penales, so pena de incurrir en responsabilidad civil y penal, según las normas vigentes.
- En caso de ser apoderado deberá presentar el poder debidamente autenticado en original.
- Para el pago de la cuota por concepto de seguro de desempleo el Asegurado deberá allegar mensualmente la declaración juramentada.

7. ESPACIO EXCLUSIVO FNA

Punto de atención:	Nombre Asesor:
No. Folios anexos:	Fecha entrega gestor documental: <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/>

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA FORMALIZAR LA RECLAMACIÓN

TIPO DE DOCUMENTO	Desempleo	Incendio Deudores	Muerte	Enfermedades Graves	Invalidez o incapacidad total y permanente
Formulario de reclamación de Seguro.	✓	✓	✓	✓	✓
Fotocopia del documento de identidad del afiliado o solicitante de Seguro.	✓	✓	✓	✓	✓
Oficio de reclamación formal suscrito por el afiliado y dirigido al FNA, donde informe: • Situación laboral • Fecha de desvinculación Datos personales • Teléfono y correo electrónico • Dirección para envío de correspondencia	✓				
Fotocopia de los documentos soporte de la vinculación y de la desvinculación laboral: Resolución de nombramiento • Acta de posesión • Resolución de desvinculación • Fotocopia del contrato y carta de terminación del contrato que incluya causa exacta (con o sin justa causa) Nota: Si se trata de un contrato a término, se requiere certificación de los periodos de renovación." Declaración juramentada informando la situación laboral al momento de ser diligenciada, sin sellos notariales (en caso de que la reclamación sea definida favorablemente por la aseguradora, se debe aportar ese documento de forma mensual duramente el pago de la indemnización. 12 cuotas).	✓				
Si el Usuario financiero aporta al Sistema de Seguridad Social como: • Independiente • Copia de la planilla de afiliación • Copia de la planilla de pago • Beneficiario del mecanismo de Protección al Cesante • Copia de la Certificación de confirmación del otorgamiento del beneficio. • Copia de la planilla correspondiente	✓				
Oficio de reclamación formal dirigido al FNA, donde informe la ocurrencia de los hechos: • Modo • Tiempo dd/mm/aaaa Lugar • Dirección del inmueble afectado • Teléfono y correo electrónico • Datos personales para envío de correspondencia		✓			
Cotización desglosada y detallada de la mano de obra y materiales o facturas		✓			
Registro Fotográfico completo de los daños.		✓			
Informe técnico por persona designada para la reparación donde se indique las causas puntuales por las cuales se presenta el daño.		✓			
Para los amparos de incendio que operen por reembolso se deberán aportar facturas originales o los documentos que acrediten los gastos reclamados.		✓			
Acta de evacuación e ingreso al programa de reasentamiento.		✓			
Oficio de reclamación formal dirigida al FNA, donde se informe: • Ocurrencia de los hechos • Datos personales Teléfono y correo electrónico • Dirección para envío a correspondencia			✓	✓	
Registro Civil de Defunción expedido por autoridad competente en original o fotocopia autenticada.			✓		
Informe médico que diagnostique y certifique la enfermedad (Informe de patología o, cuando aplique para los casos de VIH., prueba confirmatoria en Western Blot) e historia clínica.				✓	
Certificación emitida por la División de cartera del FNA donde indique el valor del saldo insoluto de la obligación con corte a la fecha del siniestro, o con corte a la fecha del último desembolso que efectuó el FNA para completar el 100% del crédito otorgado (Este documento será aportado por el FNA).					
Dictamen emitido por la Junta Regional de Invalidez, Calificación o Certificación de la E.P.S. y/o cualquier entidad competente, donde se especifique: Fecha de estructuración de la invalidez o de la incapacidad total y permanente Porcentaje de la pérdida de capacidad laboral o fotocopia de la resolución del reconocimiento de la pensión por invalidez emitida por la entidad competente					✓

Nota: De acuerdo al artículo 1077 del Código de Comercio, el afiliado debe demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro si es el caso, o en su defecto la aseguradora podrá requerir documentos adicionales que demuestren la ocurrencia.

Si el crédito cuenta con la **cobertura de la tasa FRECH**, en caso de perder el vínculo laboral el afiliado debe continuar con el pago de las cuotas pactadas dentro de los plazos indicados, hasta tanto sea definida la reclamación del seguro, la cual se debe presentar por lo menos con un mes de anticipación antes del vencimiento de la cuota para evitar la pérdida de beneficios o cualquier otra consecuencia adversa.

De conformidad con lo previsto en las leyes estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, declaro haber leído cuidadosamente el contenido del aviso de privacidad del **FNA** (<https://www.fna.gov.co/atencion-ciudadana/condiciones-y-politicas/aviso-privacidad>) y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances e implicaciones, y autorizo el uso de mi información personal y financiera al **FNA**, o a sus aliados comerciales, para los fines mencionados en dicho aviso de privacidad.

Favor diligenciar en letra imprenta clara y legible en tinta negra, sin tachones ni enmendaduras.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Y SEGUROS DE COLOMBIA