

## Instrucciones para enviar la Solicitud de Indemnización a través de la página web

1. Imprime, llena completamente y firma la Solicitud de Indemnización.  
La puedes encontrar en las páginas 2 y 3 de este documento.
2. Escanea o toma fotos digitales de:
  - Solicitud de Indemnización (páginas 2 y 3).
  - Identificación aceptada vigente.Escribe tu número de teléfono en cada página.
3. Todos los documentos tienen que subirse a la página web: [www.claroup.co/indemnizacion](http://www.claroup.co/indemnizacion)

### ¿Qué sucede después de que has subido los documentos a la página web?

1. Revisaremos los documentos relacionados a tu siniestro **en el transcurso del siguiente día hábil de haber sido recibidos** y posteriormente te enviaremos un correo electrónico con los pasos a seguir. Asegúrate de revisar la carpeta de correos no deseados.
2. Llama al 01-800-093-0943 para conocer el estado de tu reporte de siniestro.

### ¿Cómo proporcionar la documentación adicional solicitada?

- Asegúrate de tener una identificación oficial vigente.
  - ✓ Tipos de identificaciones aceptadas: cédula de ciudadanía, pasaporte, permiso de residencia o cedula de extranjería.
  - ✓ El nombre que aparece en la identificación debe coincidir con el titular de la cuenta de Claro y de quien llena la Solicitud de Indemnización
  - ✓ Si los documentos aparecen alterados, falsificados, ilegítimos o ilegibles, no podemos procesar tu siniestro.
- Asegúrate de que todos los documentos fotocopiados o escaneados sean claros y fáciles de leer.

### ¿Tienes alguna pregunta?

Visita la página [www.claroup.co](http://www.claroup.co) para más información o contáctanos al **01-800-093-0943**.

Horario de atención telefónica: lunes a viernes de 7:00 am a 11:00pm

sábado y domingo 7:00am a 10:00pm



## Cláusula de tratamiento de datos personales

---

En mi calidad de Asegurado, manifiesto que he sido informado de: (1) La existencia de las Políticas de Tratamiento de la Aseguradora, las cuales se encuentran publicadas en [www.libertycolombia.com.co](http://www.libertycolombia.com.co) y también pueden ser solicitadas a [atencionalcliente@libertycolombia.com](mailto:atencionalcliente@libertycolombia.com) o al teléfono 3077050 de Bogotá; (2) La existencia de las Políticas de Tratamiento del Proveedor del Servicio, Comcel, S.A., en su calidad de tomador de la Póliza, las cuales se encuentran publicadas en [http://www.claro.com.co/portal/recursos/co/comcel/Políticas\\_Seguridad\\_Inf\\_Claro.pdf](http://www.claro.com.co/portal/recursos/co/comcel/Políticas_Seguridad_Inf_Claro.pdf) y también pueden ser solicitadas en el teléfono 01-8000-341818; (3) Los derechos que me asisten, establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: (a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos; (b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; (c) Ser informado del uso que se le ha dado a mis datos personales; (d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes; (e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; (f) Acceder, en forma gratuita, a mis datos personales que hayan sido objeto de tratamiento; (g) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales; (h) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que se me han hecho o se me harán sobre datos personales sensibles o sobre los datos de niñas, niños y adolescentes.

Asimismo, autorizo a COMCEL, S.A. (Proveedor del Servicio) (en su calidad de Tomador de la Póliza) y a Liberty Seguros, S.A., como responsables del tratamiento de mis datos personales, al tratamiento de éstos, de conformidad con este consentimiento y con las Políticas de Tratamiento de la Aseguradora y del Proveedor del Servicio, en virtud de la suscripción del contrato de prestación de servicios de telefonía móvil, en virtud del contrato de financiamiento del equipo de comunicaciones, en virtud del contrato de seguros celebrado, o en conexión con los documentos emanados del proceso de suscripción del seguro, o suministrados en relación con los servicios de telefonía móvil o para llevar a cabo alguna o todas las actividades necesarias para el desarrollo y cumplimiento de las obligaciones que se originen y deriven de la relación contractual y/o comercial entre el Asegurado y la Aseguradora y entre el Asegurado y el Proveedor del Servicio. Autorizo que la información recabada por la Aseguradora y el Proveedor del Servicio sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, circulada, suprimida, transferida y/o transmitida, ya sea nacional o internacionalmente, para efectos de:

- a. mi vinculación como asegurado y beneficiario bajo la Póliza;
- b. para la ejecución del contrato de seguro contenido en la Póliza;
- c. para la atención, análisis, liquidación y pago del evento amparado y, en general, para todas las gestiones necesarias para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado y contenido en la Póliza;
- d. para el control, reporte y prevención de fraude;
- e. para la elaboración de los estudios técnicos actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, para estudios de técnica aseguradora;
- f. para auditorías, investigación y análisis destinados a asegurar, mantener, proteger y mejorar los servicios;
- g. para la administración de programas de beneficios o servicios conexos o derivados del contrato de seguro, del contrato de prestación de servicios de telefonía móvil o del contrato de financiamiento de equipo;
- h. para la gestión de ambientes de tecnología y para garantizar la seguridad de éstos;
- i. para monitorear y medir el cumplimiento de las políticas de la Aseguradora y de su casa matriz;
- j. para realizar encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la Aseguradora;
- k. para el envío de información comercial y ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos de seguro celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de la Aseguradora.

Finalmente, autorizo expresamente a la Aseguradora, Liberty Seguros, S.A., y al Proveedor del Servicio, Comcel, S.A., en su calidad de Tomador de la Póliza, a transferir y/o transmitir, ya sea a nivel nacional o internacional, mis datos personales a: (1) Mi(s) intermediario(s) de seguros; (2) Los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior que tengan relación con la Póliza; (3) FASECOLDA E INVERFAS; (4) Asurion Colombia, S.A.S., proveedor de Liberty Seguros, S.A., (incluyendo sus filiales y subsidiarias), quien tendrá la calidad de encargado del tratamiento de mis datos; (5) Liberty Seguros, S.A., incluyendo su casa matriz, filiales y subsidiarias.

Nombre y apellidos completos: \_\_\_\_\_

Número telefónico del equipo siniestrado: \_\_\_\_\_

Número telefónica adicional de contacto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_