



Seguros

FORMA TO DE PRESEN TACION DE INDEMNIZACIONES

Sinlestr os de Vida

Ciudad: BogotáFecha: 10-08-2021

INFORMACION DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>LUIS GABRIEL RIVERA MENDOZA</u>	<u>CC. 19.259.004</u>

INFORMACION DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>ELVIRA AMAYA SALINAS</u>	<u>C.C. 41770535</u>
Córeo Electrónico	Teléfono Fijo
<u>elvira.202@hotmail.com</u>	<u>9033070</u>
Celular	
	<u>315 8314494</u>

Reclamo por el siguiente Motivo:

Fallecimiento (Vida)	<input checked="" type="checkbox"/>	Incapacidad Total y Temporal (I+P)	<input type="checkbox"/>
Incapacidad Total y Permanente (I+P)	<input type="checkbox"/>	Desempleo (U/S)	<input type="checkbox"/>

De acuerdo al motivo reclamado, adjuntar los siguientes documentos:

Documentos*	Vida	I+P	I+	U/S
Formato de Presentación de Indemnizaciones	x	x	x	x
Registro Civil de Defunción	x			
Acta de Levantamiento del Cadáver (muerte accidental)	x			
Epicrisis sobre la causa del fallecimiento	x			
Calificación de la Incapacidad (Emitida por la Junta Médica Regional o Nacional)		x		
Incapacidad (Certificación de la EPS o médico tratante del mes de Incapacidad)			x	
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (si aplica)		x		
Documentos y Declaración Extrajudicial de Beneficiarios demostrando el parentesco (No aplica para divorcios)	x			
Certificación de su anterior empleador (donde indica el tipo de contrato, fecha de ingreso, fecha de terminación y causa del despido, y/o copia del contrato)				x
Declaración juramentada 30 días posterior a la fecha de despido y así sucesivamente durante los siguientes 6 meses si está desempleado.				x
Copia de la liquidación elaborada por el empleador y/o acuerdo de conciliación				x

*La asegurado/a podrá solicitar documentación adicional en caso de ser requerido

Este formulario y los documentos anexos son para la reclamación que la Compañía deberá dar respuesta, aceptando u objetando el seguro en los tiempos que indica el Código de Comercio. Por último autorizo a cualquier médico, clínica, hospital o en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar la Historia Clínica completa del asegurado, si éste es el mismo reclamante o sus herederos.

Firma del Cliente o Reclamante

Cedula: 41770535

Recibe más información en:

■ Repórtala fácil y en línea tu siniestro en: siniestros.co@bbva.com

● Bogotá: 307 80 80

● Línea Nacional: 01 8000 934 020

● Página web: www.bbvasseguros.com.co