

1. DATOS NEGOCIO

POLIZA*	APT - 9973
RAMO – SIN – SUBSIN*	32367047-01
FECHA DE REPORTE	22/02/2023
FECHA DE PERDIDA (Ocurrencia)	24/01/2021
FECHA DE RADICACIÓN – INSTRUCCIÓN DE PAGO*	28/03/2023
ASEGURADO	EVELYN REYES NAVAS
TOMADOR	EMCALI

SISTEMA*	SIS
CASO PEGA*	
AMPARO	EXEQUIAS
SUCURSAL*	CALI
INI. VIGENCIA	04/07/2015
ULTS. DOCS	24/03/2023
ULT. RENOVAC.	
SOPORTE PAGO	Seleccionar...

2. DATOS BENEFICIARIO Y BANCOS

NOMBRE*	EVELYN REYES NAVAS	CONCEPTO DE PAGO*	INDENMIZACIÓN
TIPO DE DOCUMENTO*	CEDULA DE CIUDADANIA	TIPO DE PAGO*	TOTAL
NUMERO DE DOCUMENTO*	1.143.926.625	MEDIO DE PAGO*	TRANSFER
EMAIL (Campo Obligatorio)*	evelynreyesnavas@gmail.com	TIPO MONEDA*	COP
PAÍS DE RESIDENCIA / DMCLIO*	COLOMBIA	VL. PAGAR*	\$1.740.000.00
ESTADO O DEPARTAMENTO*	VALLE DEL CAUCA	DESCUENTO PRIMA	
CIUDAD O MUNICIPIO*	CALI	CUENTA CONTABLE	
DIRECCION*	CL 48 43B 04 REPUBLICA DE ISRAEL	PAIS DEL BANCO*	COLOMBIA
TIPO DE TELEFONO*	CELLULAR	NOMBRE DEL BANCO*	BANCOLOMBIA
NUMERO DE TELEFONO*	3173166628	TIPO CUENTA*	AHORROS
		NUMERO CUENTA*	07700039719

Solo diligenciar los cuadros de coaseguro cuando la póliza afectada por el siniestro a pagar es de coaseguro cedido.

COASEGURO	
%	
Nombre CIA	
Valor	

COASEGURO	
%	
Nombre CIA	
Valor	

DESCRIPCIÓN DE LA OP*

OBLIGACION CONTRACTUAL DE UN TERCERO (PLAN EXEQUIAL) APLICA NO UTILIZACION POLIZA (1.5) SMMLV (2023) //

APORTA CTA BANCARIA

RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA REALIZAR LA OP

3. BENEFICIARIOS ADICIONALES

Beneficiario adicional 1

NOMBRE*		DIRECCION*		VL PAGAR*	
TIPO DE DOCUMENTO*	Seleccionar...	TIPO DE TELEFONO*	Seleccionar...	DESCUENTO PRIMA	
NUMERO DOCUMENTO*		NUMERO TELEFONO*		CUENTA CONTABLE	
EMAIL (Campo Obligatorio) *		CONCEPTO PAGO*	Seleccionar...	PAIS DEL BANCO*	
PAIS*		TIPO DE PAGO*	Seleccionar...	NOMBRE DEL BANCO*	
ESTADO O DPTO*		MEDIO DE PAGO*	Seleccionar...	# CUENTA*	
CIUDAD O MUN. *		TIPO MONEDA*	Seleccionar...	TIPO CUENTA*	Seleccionar...

Beneficiario adicional 2

NOMBRE*		DIRECCION*		VL PAGAR*	
TIPO DE DOCUMENTO*	Seleccionar...	TIPO DE TELEFONO*	Seleccionar...	DESCUENTO PRIMA	
NUMERO DOCUMENTO*		NUMERO TELEFONO*		CUENTA CONTABLE	
EMAIL (Campo Obligatorio) *		CONCEPTO PAGO*	Seleccionar...	PAIS DEL BANCO*	
PAIS*		TIPO DE PAGO*	Seleccionar...	NOMBRE DEL BANCO*	
ESTADO O DPTO*		MEDIO DE PAGO*	Seleccionar...	# CUENTA*	
CIUDAD O MUN. *		TIPO MONEDA*	Seleccionar...	TIPO CUENTA*	Seleccionar...

Esta sección aplica solo para los pagos de beneficiarios nuevos que les aplique impuestos

¿SOLICITÓ CREACIÓN ANALÍTICO CONTABLE?	Seleccionar...
¿CUENTA CON LA CONFIRMACIÓN DE CREACION DEL ANALÍTICO?	Seleccionar...

OBSERVACIÓN LIQUIDACIÓN RECLAMO

COBERTURA: NO UTILIZACION POLIZA (1.5) SMMLV \$1.740.000 POR FALLECIMIENTO MADRE ASG PPAL SULEIMA NAVAS LUCUMI.

OBLIGACION CONTRACTUAL DE UN TERCERO QUIEN CUBRIO EL SERVICIO (PLAN EXEQUIAL) APLICA NO UTILIZACION POLIZA.

SE LIQUIDA A TITULAR \$1.740.000.00

PAGO TOTAL

\$1.160.000 = SMMLV 2023

COBERTURA AFECTADA: NO UTILIZACION POLIZA

ANALISTA DE INDENMIZACIONES: FCO MONTEALEGRE

FECHA DE LIQUIDACION: 28/03/2023