

BBVA**BBVA Seguros****FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES**

Siniestros de Vida

Ciudad: **LA ARGENTINA HUILA**Fecha: **08/07/2021****INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)**

Nombre Completo

Tipo y Número de Identificación

JOSE HARVEY BARAJAS VALLETO**C.C.****14.870.992****INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)**

Nombre Completo

Tipo y Número de Identificación

RUBELIA HERNANDEZ DE BARAJAS**C.C.****26.526.823**

Correo Electrónico

Teléfono Fijo

Celular

liliana.barajas2008@hotmail.com**3124466114**

Reclamo por el siguiente Motivo:

Fallecimiento (Vida)



Incapacidad Total y Temporal (ITT)



Incapacidad Total y Permanente (ITP)



Desempleo (DS)



De acuerdo al motivo reclamado, adjuntar los siguientes documentos:

| Documentos | Vida | ITP | ITT | DS |
|---|------|-----|-----|----|
| Formato de Presentación de Indemnizaciones | X | X | X | X |
| Registro Civil de Defunción | X | | | |
| Acta de Levantamiento del Cadaver (muerte accidental) | X | | | |
| Epicrisis sobre la causa del fallecimiento | X | | | |
| Calificación de la incapacidad (Emitida por la Junta Medica 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 | | |
| Historia Clínica Amplia y completa con antecedentes patológicos con 3 años de anterioridad a la contratación del seguro (Desembolso del crédito para deudores). | X | X | X | |
| Documentos y Declaración Extrajuro de Beneficiarios demostrando el parentesco. (No aplica para deudores) | 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 esta desempleado. | | | | X |
| Copia de la liquidación elaborada por el empleador y/o acuerdo de conciliación | | | | X |

*La aseguradora 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 autorizó a cualquier médico, clínica, hospital ó en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar la Historia Clínica completa del asegurado, si éste es el mismo reclamante o sus herederos.

Escribenos al correo clientes@bbvaseguros.com.co
o comuníquese en Bogotá al 307 80 80 o a nivel nacional
018000 934 020

Rubelia Hernandez de B.
Firma del Cliente o Reclamante
Cédula: