

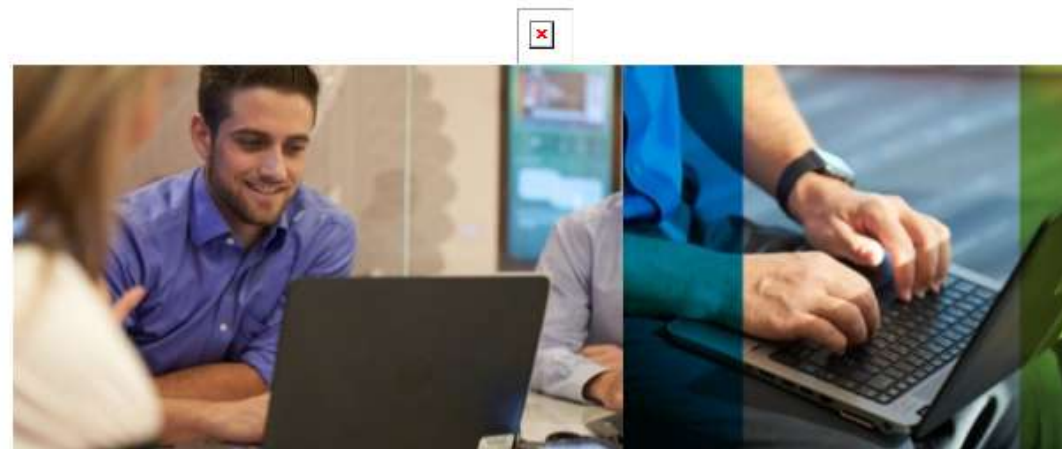
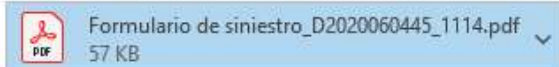
6810773_MANUELPION



e_services

Para ☐ COL - Beneficios Solicitudes

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.



Cuidamos lo que más amas en la vida.

Se ha radicado la solicitud número D2020060445 presentada por los amparos de:

Muerte Natural

Cordialmente,



Formulario de Reclamación por Siniestro

Solicitud D2020060445

LUGAR Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO					
Día	Mes	Año	País	Departamento	Ciudad
04	06	2020	COLOMBIA	CESAR	CHIRIGUANA

COBERTURAS A RECLAMAR	
(X)	Muerte Natural

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE FUE AFECTADA POR EL EVENTO	
Nombres y apellidos MANUEL GREGORIO PION RAMIREZ	C 6810773
Edad 73	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O TOMADOR	
Nombres y apellidos MANUEL GREGORIO PION RAMIREZ	C 6810773
Parentesco con el reclamante Conyugue/Compañero(a)	Número de las pólizas

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE		
Nombres y apellidos DIANA MARCELA CARRANZA DE ARMAS	C 1064790576	
Dirección de correspondencia CALLE 2 # 4-53 BARRIO CHIQUINQUIRA	Teléfono	
País COLOMBIA	Departamento CESAR	Ciudad CHIRIGUANA
Email dimacadea23@gmail.com	Celular 3234545284	¿Actúa en nombre de todos los beneficiarios? SI (X) NO ()

Indique todos los beneficiarios de la póliza (Si necesita espacio adicional usar el respaldo)

Nombres y apellidos	Identificación	Email	Edad	Parentesco
JESUS MANUEL PION CARRANZA	1064804177	dimacadea23@hotmail.com	3	Hijo(a)
JESUS MANUEL PION CARRANZA	1064804177		3	Hijo(a)
PIERINYS CELESTE PION CARRANZA	1064801533		5	Hijo(a)

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN		
¿Qué medio de pago prefiere para el pago de la reclamación? Marque con una (X)	() Cheque Deberá recogerse en la sucursal más cercana de la ciudad que indica en este formulario y NO será consignado a ninguna cuenta bancaria. Por razones de seguridad, si el monto de la liquidación de pago excede a los dos millones de pesos (\$2.000.000), el cheque SOLO se podrá consignar en la cuenta bancaria del reclamante y no podrá ser cobrado por ventanilla.	(X) Transferencia electrónica El beneficiario/Asegurado deberá ser el titular de la cuenta bancaria. NO se aceptan cuentas bancarias a nombre de terceros ni cooperativas. Nota: recuerde que la cuenta bancaria debe estar a nombre del asegurado a excepción de las reclamaciones por el amparo de muerte.
Entidad Financiera BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	Número de cuenta 424220106904	Tipo de cuenta AHORROS (X) CORRIENTE ()

VÍNCULO CON OTRAS ASEGURADORAS			
Producto	Compañía	Valor asegurado	Fecha de inscripción dd/mm/aaaa

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO					
Lugar del siniestro CHIRIGUANA	Fecha del siniestro	Día 16	Mes 05	Año 2020	Hora del siniestro 10:05:00
Causa del siniestro INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO					
Descripción del siniestro EL SEÑOR SE DIRIGIA PARA UNA PARCELA EL DIA 16 DE MAYO EN LA VIA QUE CONDUCE DE CHIRIGUANA - AGUAFRI					
Ocupación a la fecha del siniestro NADA					

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Cra. 7 No. 99-53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea de Atención al Cliente: 01 8000 912 200 -
servicio_cliente@metlife.com.co - www.metlife.com.co

MLNFRCG016/O-COL-ED01/2015

¿Cuándo pudo el asegurado atender por última vez a su trabajo?									
08/03/2020									
¿El asegurado estuvo internado o bajo tratamiento en un hospital sanatorio, asilo y otra institución durante los últimos años?									
No									
Si el objeto de la reclamación es por incapacidad total y permanente y/o incapacidad permanente parcial, indique: Fecha de estructuración determinada por la junta de invalidez.					Día	Mes	Año		
Si el objeto de la reclamación es por accidente, indique: ¿El asegurado se encontraba en estado de embriaguez al momento del accidente?					Sí ()	No (X)	No sabe/no responde ()		
Descripción de las lesiones sufridas en el accidente									
Detalle del accidente									
Si el objeto de la reclamación es por gastos médicos, indique: Valor del reembolso de gastos médicos \$									
0									
Si el objeto de la reclamación es por renta diaria de hospitalización, indique:				Días de hospitalización 0		Fecha de ingreso		Fecha de salida	
						Día	Mes	Año	Día
Si el objeto de la reclamación es por incapacidad temporal, indique:				Días de incapacidad 0		Fecha inicio de incapacidad		Fecha fin de incapacidad	
						Día	Mes	Año	Día
Si es por desmembración o fracturas por favor anexar a este formulario las radiografías y la lectura de las mismas									

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ASEGURADO						
Médicos que lo atendieron durante su última enfermedad y durante los últimos años						
Enfermedad	Fecha atención			Nombre del médico	Dirección y teléfono	
	Día	Mes	Año			

Por medio de este formulario presento reclamación por el mencionado seguro y acepto que todas las declaraciones que hago y las que hacen terceras personas a través de los demás documentos que se adjunen al mismo, son verídicas. Adicionalmente, reconozco que la aceptación del formulario por parte de la Compañía no implica que el seguro por el que se reclama esté en vigor y mucho menos, que este será pagado. El formulario y los documentos anexos son una simple reclamación sobre la 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 este es el mismo reclamante o si soy su heredero.

<p align="center">PERSONA QUE DILIGENCIA FORMULARIO</p> <p align="center">DIANA MARCELA CARRANZA DE ARMAS</p> <p align="center">C. No. 1064790576</p>

NOTA: La información del correo electrónico será utilizada para la notificación de pagos y la realización de encuestas de servicio.

- ☒ Autorizo uso de mis datos
- ☒ Autorización de tratamiento de datos personales a nivel nacional
- ☒ Autorización de tratamiento de datos personales a nivel internacional