

## FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Siniestros de Vida

Ciudad: Bogotá

Fecha: 22-02-2024

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>CARLOS JOSÉ MATELO LOZANO</u>	<u>CC 1020727291</u>

### INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación	
<u>CARLOS JOSÉ MATELO LOZANO</u>	<u>CC 1020727291</u>	
Correo Electrónico	Teléfono Fijo	Celular
<u>CATCH@HOTMAIL.COM</u>		<u>7507675238</u>

### Reclamo por el siguiente Motivo:

Fallecimiento Accidental (Vida)	<input type="checkbox"/>	Incapacidad Total y Temporal (ITT)	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Graves (Enf.G)	<input type="checkbox"/>	Desempleo (DS)	<input checked="" type="checkbox"/>

De acuerdo al motivo reclamado, adjuntar los siguientes documentos:

Documentos*	Vida	Enf. G	ITT	DS
Formato de Presentación de Indemnizaciones	X	X	X	X
Registro Civil de Defunción	X			
Acta de Levantamiento del Cadáver (muerte accidental)	X			
Diagnóstico de la enfermedad emitido por el médico tratante - Informe Patología		X		
Incapacidad (Certificación de la EPS o médico tratante donde consten los días y las causas que dieron origen a la incapacidad)			X	
Planillas de aporte a la seguridad social, de 90 días previos a la ocurrencia del evento.			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
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 respuestas, aceptando u objetando el seguro en los tiempos que indicas el Códigos de Comercio. Por últimos 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.

CARLOS MATELO  
Firma del Cliente o Reclamante

Cédula: 1020727291

Recibe más información en:

☎ Bogotá: 307 80 80 ☎ Línea Nacional: 01 8000 934 020 ✉ Escribenos al buzón: [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)  
 📄 Reporta fácil y en línea tu siniestro en: [siniestro.co@bbva.com](mailto:siniestro.co@bbva.com) 🌐 Página web: [www.bbvaseguros.com.co](http://www.bbvaseguros.com.co)