

# Formulario de Reclamacion

Fecha de diligenciamiento

10/7/2024

Cobertura a reclamar

Muerte Natural

Tomador de la Poliza

## Informacion del Reclamante:

*Por favor diligencia la siguiente informacion para realizar la solicitud de tu reclamo:*

Tipo de Indetificacion

Cédula de Ciudadanía

Numero de Identificacion

80801553

Nombres

Diego Fernando

Apellidos

Sanchez Tibabuso

Genero

Masculino

Edad

39

Estado Civil

Soltero/a

Telefono Fijo

Telefono Celular

3232339875

Correo Electronico

mottas198456@gmail.com

Departamento

CUNDINAMARC<sup>A</sup>

Ciudad

BOGOTA D.C.

Direccion domicilio

Calle 2 # 87 H 12

¿El reclamante es el mismo asegurado?

☐ Si☒ No

## Informacion del Asegurado:

*Por favor diligencia la siguiente informacion para realizar la solicitud de tu reclamo:*

Tipo de Indetificacion

Cédula de Ciudadanía

Numero de Identificacion

35323857

Nombres

Luz Stella

Apellidos

Tibabuso Sonsa

Genero

Femenino

Edad

67

Estado Civil

Viudo/a

Telefono Fijo

Telefono Celular

3142627154

Correo Electronico

paola312@gmail.com

Departamento

CUNDINAMARC<sup>A</sup>

Ciudad

BOGOTA D.C.

Direccion domicilio

Calle 2 # 87 H 12

¿El asegurado es diferente al beneficiario?

☐ Si  
☒ No

Informacion de Beneficiarios:

Por favor diligencia la siguiente informacion de tus beneficiarios:

Tipo de Identificacion

Numero de Identificacion

Cédula de Ciudadanía

35323857

Nombres

Apellidos

Luz Stella

Tibabuso Sónsa

Genero

Edad

Estado Civil

Telefono Fijo

Telefono Celular

Femenino

67

Viudo/a

3142627154

Correo Electronico

Departamento

Ciudad

paola312@gmail.com

CUNDINAMARCA

BOGOTA D.C.

Direccion domicilio

Calle 2 # 87 H 12

Informacion para el pago de reclamacion:

El beneficiario/asegurado debera ser titular de la cuenta bancaria. No se aceptan cuentas bancarias a nombre de terceros ni Cooperativas

Entidad Financiera:

Tipo de cuenta:

BANCO DE OCCIDENTE

☒ Ahorros ☐ Corriente

Numero de cuenta:

Confirmacion numero de cuenta:

0550488405808632

0550488405808632

Vínculo con otras aseguradoras del asegurado afectado:

Ninguno

Informacion del siniestro:

Fecha del Siniestro:

Hora del Siniestro:

Lugar del siniestro:

2024-06-20

23:00

Bogota

Causa del siniestro:

Fallecimiento

Descripción del siniestro:

Hospitalización por 37 días posterior fallecimiento

Ocupación del asegurado en el momento del accidente:

Ama de casa

Fecha de estructuracion de la Incapacidad Total y Permanente

**Dias de Hospitalizacion:**

Fecha de ingreso:

Fecha de salida:

Dias de hospitalizacion:

**Dias de Incapacidad:**

Fecha de inicio de incapacidad:

Fecha de Terminacion de Incapacidad:

Total dias de incapacidad:

**Antecedentes medicos del asegurado:**

"Por medio de este formulario presento reclamacion por el mencionado seguro y acepto que todas las declaraciones que hago y las que hacen terceras personas a traves de los demas documentos que se adjunte al mismo, son veridicas. Adicionalmente, reconozco que la aceptacion del formulario por parte de la Compañia no implica que el seguro por el que se reclama este vigor y mucho menos, que este sera pagado.

El formulario y los documentos anexos son una simple reclamacion sobre la que la compañía debera dar respuesta aceptando u objetando el seguro en los tiempos que indica el codigo de comercio, por ultimo autorizo a cualquier medico, clinica, hospital o en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar la historia clinica completa del asegurado, si este es el mismo reclamante o si soy su heredero."

☐ **Autorizo el uso de terminos y condiciones y tratamiento de Datos Personales**

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañia de Seguros  
Bogota, Cra. 7 No. 99-53 Piso 17 (Of. Principal) - Linea de Atencion al Cliente: 01 8000 912 200 -  
[servicio.cliente@metlife.com.co](mailto:servicio.cliente@metlife.com.co) - [www.metlife.com.co](http://www.metlife.com.co)