

## FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Siniestros de Vida

Ciudad: Bogotá

Fecha: 17/07/2024

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

| Nombre Completo                     | Tipo y Número de Identificación |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <u>Leónson Andres Repez Baquero</u> | <u>CC 10187441</u>              |

### INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

| Nombre Completo                     | Tipo y Número de Identificación |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <u>Leónson Andres Repez Baquero</u> | <u>CC 10187441</u>              |
| <u>Correo Electrónico</u>           | <u>Teléfono Fijo</u>            |
| <u>andresrpb@gmail.com</u>          | <u>3134664025</u>               |

### Reclamo por el siguiente Motivo:

|                                      |                                     |                                    |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Fallecimiento (Vida)                 | <input type="checkbox"/>            | Incapacidad Total y Temporal (ITT) | <input type="checkbox"/> |
| Incapacidad Total y Permanente (ITP) | <input checked="" type="checkbox"/> | Desempleo (DS)                     | <input type="checkbox"/> |

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 Cadáver (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   |     |    |
| 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 o 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 éste es el mismo reclamante o sus herederos.

Firma del Cliente o Reclamante

Cédula: 10187441

Recibe más información en:

■ Reporta fácil y en línea tu siniestro en: [siniestros.co@bbva.com](mailto:siniestros.co@bbva.com)

☎ Bogotá: 307 80 80

☎ Línea Nacional: 01 8000 934 020

🌐 Página web: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co)