

## FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Sinistros de Vida

Ciudad: Popayón CaucaFecha: 08.04.2024

## INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>Victor Eduardo Urbano Cruz</u>	<u>Cédula 1061730703</u>

## INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>Victor Urbano 7263@concejo</u>	<u>3118644527</u>
<u>Correo Electrónico</u>	<u>Teléfono Fijo</u>
<u>Policia.gov.co</u>	<u>3206032239</u>
<u>Celular</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			
Epícrisis sobre la causa del fallecimiento	X			
Certificación de la incapacidad (Emitida por la Junta Médica 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 Extrajudicial de Beneficiarios demostrando el parentesco (No aplica para cónyuges)	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 está 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

Por medio de los documentos anexos son para la reclamación que la Compañía deberá dar respuesta, aceptación o rechazo al seguro en los tiempos que indica el Código de Comercio. Por último autorizó 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.

Victor Urbano Cruz  
Firma del Cliente o Reclamante  
Cédula: 1061730703

Recibe más información en:

Reporta fácil y en línea tu siniestro en: [siniestros.col@bbva.com](mailto:siniestros.col@bbva.com)Bogotá: 307 80 80 Línea Nacional: 01 8000 934 020 Página web: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co)