

181321²
183169¹

Fecha de solicitud 26 8 2023

Oficina 823 CALI CAPRI

Señores:
Compañía Aseguradora
Cordial Saludo,

Solicito iniciar trámite de reclamación del seguro según la información relacionada a continuación:

Amparo por el cual se radica la reclamación
☒ Muerte ☐ Enfermedad Grave ☐ ITP

Nombre del Cliente: PEREZ PALMA DIEGO FERNANDO

Número de Documento: 16793039

Nota: Marque con una X los documentos a enviar de acuerdo al amparo solicitado.

Para todos los Amparos	
1	Copia del documento de identidad del cliente asegurado

Muerte	
Valor de desembolso <= \$ 50.000.000	
1	Copia legible del Registro Civil de Defunción

Valor de desembolso > \$ 50.000.000	
	Copia legible del Registro Civil de Defunción

2 Historia clínica completa de las atenciones recibidas donde indique la causa del fallecimiento (únicamente para muerte natural), no es válido el resumen de la Historia clínica (epicrisis).

Nota: Para reclamaciones de clientes con edad mayor o igual a 74 años y créditos superiores a 28 SMMLV aplica la misma documentación de créditos mayores a \$50.000.000.

Beneficiarios >= 18 años de edad	
1	Copia del documento de identidad de los beneficiarios

Beneficiarios < 18 años de edad	
1	Copia del Registro Civil de Nacimiento legible

2	Copia del documento de identidad del responsable del menor (padre o madre)
3	Sentencia emitida por el juez para el acudiente (no aplica para padres)

Incapacidad Total y Permanente	
1	Historia clínica completa de las atenciones recibidas donde se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad por la cual reclama, no es válido el resumen de la historia clínica.
2	Calificación de Invalidez emitida por la Junta Médica Regional o Nacional de Invalidez o Dictamen de la ARL, EPS, o AFP (Aplica para créditos > \$35.000.000)

Nota: De no existir claridad sobre la procedencia del amparo se solicitará la calificación de pérdida de capacidad laboral y la Aseguradora asumirá el costo de la calificación.

Enfermedad Grave	
1	Historia clínica completa de las atenciones recibidas donde se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad por la cual reclama, no es válido el resumen de la historia clínica (epicrisis).

Nota informativa: Para el amparo de enfermedad grave se cancela el 70% del valor asegurado, el pago es aplicado al crédito vigente como abono a capital con reducción al plazo.

Para créditos desembolsados antes de Octubre del 2018 el valor asegurado es el saldo a capital a fecha de siniestro y para créditos desembolsados a partir de Octubre del 2018 el valor asegurado es el valor desembolsado.

ESPACIO EXCLUSIVO DEL BANCO	
Número de crédito(s)	6949055 / 7256994
Número de solicitud	
Número de folios	

* Diligenciar los datos de los beneficiarios para reclamaciones por Muerte o los datos del titular Asegurado para reclamaciones por Enfermedad Grave - ITP					
Documento	Nombre	Cuenta Cliente (Bantotal)	Marque con una X el método de pago:		
			Cuenta Ahorros	Efectivo	Cheque
29182242	YULIETH LONDOÑO VINASCO		X		

* Una vez emitida la respuesta, los pagos se realizarán según la información depositada en este cuadro, por lo cual, es obligatorio el completo diligenciamiento.

* La cuenta cliente aplica para todas las opciones de pago.

Cordialmente,

Nombre YULIETH LONDOÑO VINASCO

Firma

Dirección CL 58 NRO 93-199 T Teléfono: 3103679761

Correo electrónico:

Observaciones:	
----------------	--

Coordinador de Servicios

Ciudad y Fecha de solicitud

28 /08/2023

Oficina

CALI CAPRI

Señores:

LIBERTY SEGUROS S.A

Cordial Saludo,

Solicito iniciar trámite de reclamación de seguros según la información abajo relacionada.

Nombre del Cliente:

PEREZ PALMA DIEGO

Numero de Documento:

16793039

**Amparo por el cual se radica
la reclamación**

 MT ☒ ITP ☐ MA ☐ DM ☐ RDH ☐

Nota: Seleccione con una X los documentos a enviar de acuerdo al amparo solicitado.

DOCUMENTACION PARA RECLAMACION POR SEGURO FAMILIA PROTEGIDA
Para todos los Amparos

1	Copia del documento de identidad del cliente asegurado	
2	Reporte 4232A "Inscripción cuentas bancarias VF"	

Amparo Muerte (MT)

1	Copia legible del Registro Civil de Defunción	X
---	---	---

Beneficiarios >= 18 años de edad

Copia del documento de identidad de los beneficiarios

X

Beneficiarios < 18 años de edad

Copia del Registro Civil de Nacimiento legible

Copia del documento de identidad del responsable del menor (padre, madre o acudiente)

Sentencia emitida por el juez para el acudiente. (No aplica para padres)

DOCUMENTOS ADICIONALES APLICA PARA PLANES 2, 3 Y 4

2	Acta de levantamiento de cadáver o certificado de necropsia o certificación expedida por la Fiscalía o autoridad competente que indique la forma de identificación del fallecido, la circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el siniestro (Muerte violenta o accidental).	
3	Historia clínica completa de las atenciones recibidas donde indique la causa del fallecimiento (únicamente para muerte natural), no es válido el resumen de la Historia clínica (epicrisis).	

Amparo por Incapacidad Total y Permanente (ITP)
PLAN 1, 2, 3 y 4

1	Historia clínica completa de las atenciones recibidas donde se evidencie la fecha de diagnóstico, antecedentes patológicos con resultados de exámenes de diagnóstico, no es válido el resumen de la Historia clínica (epicrisis).	
---	---	--

Nota: De no existir claridad sobre la procedencia del amparo se solicitará la calificación de pérdida de capacidad laboral y la Aseguradora asumirá el costo de la calificación.

Amparo Renta Diaria por Hospitalización (RDH)

1	Historia clínica completa donde informe las atenciones recibidas durante la hospitalización y que contenga la fecha de ingreso y egreso a la entidad de salud.	
---	--	--

Nota: Para las reclamaciones de renta diaria por hospitalización, se exigirá el reporte 4232A "Inscripción cuentas bancarias VF" diligenciado por el cliente, únicamente en caso de que su obligación se encuentre cancelada.

Muerte Accidental (MA)

1	Copia Legible del Registro Civil de Defunción	
2	Informe del accidente por la autoridad competente que indique las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el siniestro.	

Desmembración (DM)

1	Historia clínica completa de las atenciones recibidas	
---	---	--

Espacio Exclusivo del Banco

Indique el estado de las obligaciones crediticias:

 Vigentes ☒ Cancelados ☐

N° Cuenta cliente 141366012

N° de seguro FP 1924094 / 2190809

Observaciones

NOTA: Cuando paralelamente se realice una reclamación del seguro de deuda y seguro familia protegida y los documentos se remitan en un mismo paquete, la documentación NO se debe duplicar.

Datos Beneficiarios

Documento	Nombre	Cuenta Cliente
29182242	YULIETH LONDOÑO VINASCO	
	Beneficiario 2	
	Beneficiario 3	
	Beneficiario 4	

Cordialmente,

Nombre

YULIETH LONDOÑO VINASCO

Firma Coordinador de Servicios

Dirección

CL 58 No. 93 199

Teléfono:

3103679761

BANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 16.793.039

PEREZ PALMA

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1971

LA CUMBRE
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.83

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

30-NOV-1989 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-3100100-01143979-M-0016793039-20200702

0071103824A 1

9912485151



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

10966095



Datos de la oficina de registro									
Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía	
Código D W E									
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 22 CALI * * * * *									

Datos del inscrito									
Apellidos y nombres completos									
PEREZ PALMA DIEGO FERNANDO * * * * *									
Documento de identificación (Clase y número)					Sexo (en Letras)				
CC No. 16793039 * * * * *					MASCULINO * * * * *				

Datos de la defunción												
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía												
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI * * * * *												
Fecha de la defunción					Hora		Número de certificado de defunción					
Año	2	0	2	3	Mes	A	G	O	Día	0	9	23089320333796 * * * * *
Presunción de muerte												
Juzgado que profiere la sentencia					Fecha de la sentencia							
* * * * *					Año							
* * * * *					Mes							
* * * * *					Día							
Documento presentado					Nombre y cargo del funcionario							
Autorización judicial <input type="checkbox"/>					Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/>							
					NICOLAS CASTILLO MORENO - MEDICO * * * * *							

Datos del denunciante									
Apellidos y nombres completos									
TRIVIÑO CAMACHO DIANA MILENA * * * * *									
Documentos de identificación (Clase y número)					Firma				
CC No. 29361795 * * * * *									

Primer testigo									
Apellidos y nombres completos									
* * * * *									
Documentos de identificación (Clase y número)					Firma				
* * * * *					* * * * *				

Segundo testigo									
Apellidos y nombres completos									
* * * * *									
Documentos de identificación (Clase y número)					Firma				
* * * * *					* * * * *				

Fecha de inscripción											
Año	2	0	2	3	Mes	A	G	O	Día	1	1

ESPACIO PARA NOTAS									
OTRO: OFICIO NO. 20380-01-02-4011 ASISTENTE DE FISCAL III GRUPO									
FLAGRANCIA - CALI.; 11/08/2023									

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **29.182.242**

LONDOÑO VINASCO

APELLIDOS

YULIETH

NOMBRES

Yulieth Londoño Vinasco

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1979**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

24-JUL-1998 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100150-00252273-F-0029182242-20100825

0023574616A 1

2790907272

Yulieth

INSCRIPCIÓN CUENTAS BANCARIAS PARA LIBERTY

Fecha Inscripción 17 ABR / 2023

INFORMACIÓN TITULAR DE LA CUENTA

Asegurado _____ Beneficiario X

Tipo de Identificación:

Número de Identificación:

T.I. C.C. X C.E. PAS NIT

29182242

Razón Social y/o Nombres y Apellidos: Julieth Londono Vinasco

Dirección CL 83 # 93-199

Ciudad Cali

Departamento Valle

Teléfono Celular 310 267 9761

Teléfono Fijo _____

Email NO REGISTRA

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Autorizo a Liberty Seguros S.A a realizar el pago de la indemnización del producto póliza vida grupo empresarial a través de:

Cuenta de Ahorros: ☒ Número: 823 141366123-01

Entidad Financiera Banco Mondo Mujer

Certifico que los datos aquí consignados son verídicos y autorizo a Liberty Seguros S.A. y Liberty Seguros de Vida S.A., para que consignen en mi cuenta bancaria los pagos que se hayan originado por diferentes conceptos a mi favor. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo a LIBERTY SEGUROS S.A Nit. 860.039.988-0 y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, Nit. 860.008.645-7, con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información derivada del presente contrato, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) El pago de las primas que contrate con dichas Aseguradoras; 2) para los pagos y/o reembolsos de dineros que dichas Aseguradoras deban efectuarme, en virtud de las pólizas que haya suscrito con ellas. Autorizo adicionalmente a LIBERTY SEGUROS S.A y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A a transferir mis datos personales a 1) las bases de datos y/o servidores controlados por LIBERTY SEGUROS S.A y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A, sus matrices, subsidiarias y filiales, cuando ello fuere necesario para el cumplimiento de las finalidades autorizadas en este documento; 2) A los Encargados de realizar la gestión de recaudo y/o pagos por cuenta de LIBERTY SEGUROS S.A. y LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 307 7050 de Bogotá 2) Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

Julieth
FIRMA TITULAR DE LA CUENTA

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT. 860.039.988-0

LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. NIT. 860.008.645-7