

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES
Sinistros de VidaCiudad: **BOGOTA D.C**Fecha: **21/06/2024**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo

Tipo y Número de Identificación

CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES**CC****1.012.329.808**

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo

Tipo y Número de Identificación

CRISTIAN FERNANDO COMBITA REYES**CC****1.012.329.808**

Correo Electrónico

Teléfono Fijo

Celular

mariaangel12012015@hotmail.com**3202689649****3202689649**

Reclamo por el siguiente Motivo:

Fallecimiento (Vida)

Incapacidad Total y Temporal (ITT)

Incapacidad Total y Permanente (ITP)

X

Desempleo (DS)

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 Cadaver (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		
Historia Clínica Amplia y completa con antecedentes patológicos con 3 años de anterioridad a la contratación del seguro (Desembolso del crédito para deudores).	X	X	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 u objetando el seguro en los tiempos que indica el Plan de Seguro. Por último autorizo a cualquier médico, clínica, hospital ó en general, a cualquier proveedor de salud, para suministrar la Historia Clínica emitida por el asegurado si este es el mismo reclamante o sus herederos.

Escríbenos al correo clientes@bbvaseguros.com.co
o comuníquese en Bogotá al 307 80 80 o a nivel nacional
018000 934 020

CRISTIAN F. COMBITA REYES
Firma del Cliente o Reclamante
Cédula: 1012329808 BOGOTA