

Barranquilla, mayo 21 de 2024

Señores:

BBVA SEGUROS

BANCO BBVA

LA CIUDAD

ASUNTO: RECLAMACION POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD DE MI SEGURO DE VIDA DEUDOR QUE AMPARA UN CREDITO CON BANCO BBVA

Cordial saludo,

Yo, **ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO**, mayor de edad e identificada con cédula de ciudadanía No. 22.672.072, de Santo Tomás Atlántico, correo electrónico: rosapizarrodocente@gmail.com

Inicio reclamación por INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE por enfermedad de mi seguro de vida deudor que ampara un crédito con Banco BBVA, debido a una penosa enfermedad que me llevó a un estado de invalidez total, fui calificada con el 100% de invalidez y retirada de mi puesto de trabajo por la enfermedad, por eso inicio ante ustedes reclamación de mi seguro de vida deudor.

Anexo la siguiente documentación:

- Carta de reclamación
- Fotocopia de cédula
- Formato de presentación de Indemnizaciones
- Fotocopia de la calificación de Invalidez del 100%
- Historia clínica completa

Agradezco su colaboración

Atentamente,



ROSA JULIA PIZARRO MALDONADO

CC. 22.672.072 de Santo Tomás Atlco.

Correo: rosapizarrodocente@gmail.com



Seguros

FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES

Siniestros de Vida

Ciudad: Bamanguilla

Fecha: 27 05 2024

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
<u>Rosa Julia Pizarro Maldonado</u>	<u>CC 22 672 072</u>

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo		Tipo y Número de Identificación	
Andrés Alfredo Zúñeles Angarita		CC 92030424	
Correo Electrónico	Teléfono Fijo	Celular	
rosa.pizarro.docente@gmail.com	—	3104127796	

Reclamo por el siguiente Motivo:

<input type="checkbox"/> Fallecimiento (Vida)	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Temporal (ITT)
<input checked="" type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente (ITP)	<input type="checkbox"/> 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 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 Extrajuicio 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 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.

Firma del Cliente o Reclamante

Cédula: 92030424

Recibe más información en:

■ Reporta fácil v en línea tu siniestro en: siniestros.co@bhva.com