

ADRIANA MARIA ORTIZ MAYA
ABOGADA
UNIVERSIDAD AUTONOMA LATINOAMERICANA



Medellín,

Señores
BBVA SEGUROS
Medellín

ANGELA MARIA DE LAS MERCEDES ORTIZ DE PUYANA con cedula 32.512.332 de Medellín, domiciliada y residente en el municipio de Medellín, confiero poder amplio y suficiente a **ADRIANA MARÍA ORTIZ MAYA**, identificada con la cédula de ciudadanía No.42.822.750 de Sabaneta, abogada en ejercicio y portadora de la tarjeta profesional No.264.102 del C.S.J., para realizar las gestiones tendientes a solicitar atención y reclamación frente a los seguros y servicios contratados en el Banco BBVA y BBVA Seguros a que tengo derecho en calidad de beneficiaria, debido al fallecimiento de mi cónyuge el señor **JESUS OCTAVIO PUYANA MORANTES**, quien en vida se identificaba con el número de cedula 5.563.224 de Bucaramanga.

Igualmente, para **FIRMAR** y **RADICAR** documentos y formularios en mi nombre, para **NOTIFICARSE** de la resolución que se expida como resultado del proceso y para proteger mi derecho fundamental de petición, los derechos adquiridos, el derecho a la seguridad social, a la igualdad y a la primacía de la realidad sobre las formas. Mi apoderada queda facultada para recibir, desistir, sustituir, transigir, reasumir, presentar derechos de petición, interponer recursos, conciliar y demás facultades inherentes al poder otorgado.

Recibo notificaciones en la Carrera 75 DA 2B Sur – 100, casa 1171, Unidad Residencial Villas de la Mota, Medellín, teléfono 584 24 48, celular 310 891 79 17 correo electrónico valorabogados@gmail.com

Cordialmente,

ANGELA MARIA DE LAS MERCEDES ORTIZ DE PUYANA
CC 32.512.332 de Medellín

FORMATO DE PRESENTACION DE INDEMNIZACIONES

Siniestros de Vida:

Ciudad: MEDELLIN

Fecha: 14/09/2023

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Asegurado)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación
JESUS OCTAVIO PUYANA MORANTES	CEDULA 5563224

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Beneficiario)

Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación	
ANGELA MARIA DE LAS MECEDES ORTIZ DE PUYANA	CEDULA DE CIUDADANIA 32512332	
Correo Electrónico	Teléfono Fijo	Celular
aortizmaya54@gmail.com	6043121436	3105157509

Reclamo por el siguiente Motivo:

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

Angela Maria Ortiz de Puyana
 Firma del Cliente o Reclamante
 Cédula: 32512332