

Tipo de crédito

Poliza a Afectar: HIPOTECARIO No 2427
 CONSUMO No. 2421
 TARJETA MULTISERVICIOS No.2202
 TARJETA MULTISERVICIOS AMPARADA

1. DATOS PERSONALES

Apellidos		Nombres		Tipo de documento	Número	Fecha de nacimiento
Martínez Martínez		Juan Guillermo		<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> OTRO	44,444,444	01/01/1975
Nacionalidad	Estado civil		Dirección		Ciudad	
Colombia	<input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> U.Libre <input type="checkbox"/> Otro		Cra 11 # 111 – 11 Sur Barrio xxxxxxx		Bogotá	
Teléfono	Celular		Correo Electrónico			
5666666	322222222		juanxxxxx@gmail.com			

2. DATOS COBERTURA

Reclamación por: Desempleo Involuntario Incapacidad Temporal Muerte ITP

3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Breve descripción de las circunstancias de tiempo, modo y lugar.
 La información relevante que el asegurado quiera incluir respecto al reclamo que esta realizando en el cual indique tiempo, modo y lugar de los hechos.

Para desempleo involuntario indique:

Tipo de Contrato	Motivo de retiro	Fecha de Retiro
Indefinido	Sin justa causa	01/01/2021 MM/AAAA

Incapacidad temporal Indique:

Médico	Entidad	Dirección	Fecha de inicio
			Fecha desempleo

Incapacidad Total y Permanente Indique:

Junta que Califica	% Calificación	Fecha de Dictamen

Para Muerte:

Nombre y Apellido fallecido	Asegurado Principal	Beneficiario	Causa Muerte	Fecha de Fallecimiento
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		DD/MM/AAAA

4. DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN

(Si su documentación no está completa, no se podrá realizar el estudio de la reclamación).

- | | |
|--|---|
| <p>Por Muerte</p> <ul style="list-style-type: none"> Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios. Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido. 150% Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por COLSUBSIDIO. <p>Para Incapacidad Temporal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios. Fotocopia de la cédula de ciudadanía. 150% Certificados y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 30 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional. En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes. Certificación mensual emitida por COLSUBSIDIO donde se indique el valor de la cuota. | <p>Por Incapacidad Total y Permanente</p> <ul style="list-style-type: none"> Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios. Informe y certificado del médico legalmente habilitado para calificar la invalidez, mediante resolución emanada por los entes autorizados encargados de determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral, o adjuntar el dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez del orden Regional o Nacional debidamente ejecutoriado o en firme. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado. 150% Certificación del saldo de la deuda del asegurado, emitida por COLSUBSIDIO <p>Para pérdida involuntaria del empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios. Fotocopia de la cédula de ciudadanía. 150% Original ó Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente. Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales. Copia del Contrato Laboral o Certificación laboral Declaración en la que se deje constancia de continuar en situación de desempleo. (Formato Pan American Life) Certificación mensual emitida por COLSUBSIDIO donde se indique el valor de la cuota. |
|--|---|

5. FIRMAS Y AUTORIZACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a la Compañía o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial y financiera procese, conserve, consulte y suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnico de seguros, financiera y comercial mía desde el momento de solicitud del seguro a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos.

Autorizo expresamente a la compañía para consultar las bases de datos de seguros de vida y personas relativas a reclamaciones e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo, la autorización que informe a esas mismas bases de datos, los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguro celebrado o que se vaya a celebrar.

Conforme a lo estipulado en el Artículo 34de la ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamento No. 3380 de 1981, autorizo a Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A., para que pueda conocer todas mis condiciones de salud que posea dentro de una historia clínica, cualquier médico, cirujano, entidad médica u hospitalaria, compañía de seguros o medicina pre pagada, entidad promotora de salud (EPS), aseguradora de riesgos laborales (ARL) que con carácter profesional me hayan atendido en cualquier época de mi vida.

Renuncio por lo tanto, A todas las disposiciones de la ley de la deontología médica que prohíbe revelar información médica adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES
 Autorizo a Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A., para que trate mis datos personales, incluidos los datos sensibles y datos de menores y adolescentes que llegue a suministrar, con el objeto de adelantar los fines descritos en la Autorización para el tratamiento de datos Personales, particularmente para la ejecución del contrato de seguro que estoy suscribiendo, así como los descritos en la Política de Datos Personales, los cuales se encuentran en la página de Internet www.palico.com. Mis datos personales serán tratados por Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A., como responsable, o por los encargados que este designe. Declaro que conozco los derechos que me asisten en calidad de titular de la información, los cuales se encuentran igualmente descritos en la página de Internet www.palico.com. Los datos de identificación y contacto de Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A. como responsable se encuentra a mi disposición en la página de identificación y contacto de Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A. como responsable se encuentra a mi disposición en la página de Internet www.palico.com. Declaro que conozco el carácter facultativo que tiene el suministro de datos sensibles y datos de menores y adolescentes.

NOTA: El hecho de realizar esta reclamación no lo exime del cumplimiento de sus obligaciones crediticias con Colsubsidio, por este motivo le recomendamos que continúe con el pago de sus cuotas para que no genere mora ni reportes negativos en las centrales de Riesgo.

Juan Martínez

Firma

27/07/2021

Fecha Diligenciamiento:

Firma del asegurado que leyó y diligenció totalmente el formato.

Datos asegurado

Amparo e información del reclamo

FORMATO DECLARACIÓN MENSUAL PARA DESEMPLEO E ITT

PAN AMERICAN LIFE
DE COLOMBIA
COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

Tipo de crédito

Póliza a Afectar: HIPOTECARIO No 2427
CONSUMO No. 2421
TARJETA MULTISERVICIOS No.2202
TARJETA MULTISERVICIOS AMPARADA

1. DATOS PERSONALES

Apellidos		Nombres		Tipo de documento		Número		Fecha de nacimiento	
Martínez Martínez		Juan Guillermo		C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		44.444.444		01/01/1975	
Nacionalidad		Estado civil		Dirección				Ciudad	
Colombia		Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> U.Libre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Cra 11 # 111 – 11 Sur Barrio xxxxxx				Bogotá	
Teléfono		Celular		Correo Electrónico					
5666666		322222222		juanxxxxx@gmail.com					

Datos asegurado

A través del presente documento manifiesto libre y voluntariamente que me encuentro en situación de desempleo desde: 01/01/2021 Hasta: 27/07/2021

Por medio del presente autorizo a Pan American Life Colombia Compañía de Seguros S.A., a verificar esta información y en caso de ser inconsistente, comunico y acepto que la consecuencia es la pérdida del beneficio que me otorga la póliza en mención.

La aseguradora se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas presentadas por el asegurado o el beneficiario. En caso de no haber sido así, de acuerdo con el inciso segundo del artículo 1078 del Código de Comercio, la mala fe en la reclamación o comprobación del derecho generará la pérdida del beneficio que me otorga la póliza en mención.

Fecha Desempleo

Fecha actual

Índice derecho

Fecha radica el documento

Firma: Juan Martínez

Huella

Fecha de diligenciamiento

27/07/2021

NOTA: EN CASO DE QUE USTED ESTE AFILIADO A UNA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS COMO INDEPENDIENTE, DEBE ADJUNTAR LAS PLANILLAS DE PAGO MENSUAL POR EL PERIODO DE TIEMPO QUE ESTUVO DESEMPLEADO, O EN SU DEFECTO UNA CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE LA EPS. LA ASEGURADORA NO HARÁ EFECTIVO UN PAGO, EN CASO DE NO ENTREGAR LA TOTALIDAD DE LOS SOPORTES DE COTIZACIÓN A EPS COMO INDEPENDIENTE.

Su cotización a salud es : No cotiza Cotizante Beneficiario Subsidio Sisben

Cotización actual de la EPS

Observaciones del Asegurado:

La información relevante que el asegurado quiera incluir respecto al reclamo

Observaciones para la aseguradora

Este espacio lo diligencia la aseguradora

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL INTERMEDIARIO

Número de Crédito	Este espacio lo diligencia la aseguradora							
Número de Cuota								
Fecha de Corte	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
Valor de la Cuota								