

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Fecha radicación documentos

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

FECHA DIA MES AÑO

VIDA GRUPO
TIPO DE PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES
ACCIDENTES PERSONALES

RECLAMACIÓN POR:

MUERTE INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL RENTA DIARIA HOSPITALARIA CIRUGÍA AMBULATORIA
DESMEMBROCIÓN ENFERMEDAD GRAVE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE AUXILIO POR MATERNIDAD RENTA POR INCAPACIDAD

1. DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES
C.C. FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO NACIONALIDAD
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CIUDAD DEPARTAMENTO INDEPENDIENTE
ESTADO CIVIL CORREO ELECTRÓNICO CELULAR ASALARIADO
TELÉFONO
PARA MUERTE: CAUSA LUGAR
FECHA DEL FALLECIMIENTO: DIA MES AÑO
PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: CAUSA LUGAR
FECHA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: DIA MES AÑO
DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN:
FOTOCOPIA CÉDULA DEL ASEGURADO AL 150% HISTORIA CLÍNICA MÉDICA FORMULARIO DE CONOCIMIENTO AL CLIENTE
FOTOCOPIA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN DICTAMEN MÉDICO DE PCL OTROS DOCUMENTOS

2. DATOS DEL RECLAMANTE

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES
C.C. FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO NACIONALIDAD
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA CIUDAD DEPARTAMENTO PARENTESCO

DERECHOS DEL TITULAR DE INFORMACIÓN: Que como titular de la información, se garantiza los derechos previstos en la ley 1581 del 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder, circular o eliminar los datos personales. Esta autorización completa puede ser consultada en la siguiente dirección de nuestra página web:

AUTORIZO A LA TESORERÍA DE PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA, COMPañIA DE SEGUROS S.A PARA QUE EFECTÚE EL PAGO DE LAS ACREENCIAS A MI FAVOR O A FAVOR DE LA ENTIDAD QUE REPRESENTO A TRAVÉS DE LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS, MEDIANTE EL ABONO DE LOS RECURSOS Y SEGÚN EL VALOR A INDEMNIZAR A LA CUENTA QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN:

TIPO DE CUENTA NO. DE CUENTA BANCO CIUDAD DONDE TIENE LA CUENTA

Reconozco que este formulario así como cualquier otro que me haya sido suministrado por la Compañía ha sido a petición mía, y acepto que el hecho de haberme entregado tal formulario no constituye reconocimiento de que existe algún seguro en vigor, o que se me deba pagar algún valor si el seguro está vigente; ni tampoco constituye la renuncia o derecho alguno de la Compañía en cualquier reclamación que pudiese presentarse.

1). Declaro y Certifico que no conozco la existencia de otra persona que pudiera acreditar la calidad de beneficiario del contrato de seguro indicado, con base en igual o mejor derecho que el que yo he acreditado ante PAN AMERICAN, en caso que otras personas acreditando igual o mejor derecho que el que yo he acreditado, reclamaran a PAN AMERICAN el pago total o parcial de la suma que yo he recibido, saldré en la defensa de PAN AMERICAN y asumiré la responsabilidad plena y total sobre la suma que se reclame, exonerando de toda responsabilidad a la aseguradora, comprometiéndome a pagar a los nuevos reclamantes y/o a reembolsar a PAN AMERICAN la suma a que tuvieran derecho los reclamantes sobrevivientes e indemnizando a PAN AMERICAN por los perjuicios que pudieran generarse con ocasión de las nuevas reclamaciones. Para el efecto acepto desde ahora el llamamiento en garantía que se me formule judicial o extrajudicialmente. 2). Que en caso que PAN AMERICAN establezca que tengo derecho a la indemnización, declaro que recibo a mi entera satisfacción la totalidad de la suma asegurada que me corresponde en calidad de beneficiario y una vez reciba el dinero de la indemnización, declaro que el pago es extintivo de todas las obligaciones que estuvieran a cargo de la aseguradora, y por tanto declaro totalmente a Paz y Salvo a PAN AMERICAN por todo concepto derivado de la reclamación presentada por mí, por encontrarse el pago conforme a lo estipulado en el contrato de seguro y a lo establecido en la ley comercial aplicable, sin que exista a mi favor obligación alguna pendiente de pago. 3). Que, una vez realizado el pago de la indemnización, renuncio a iniciar o promover cualquier acción o nueva reclamación, con base en los mismos hechos, contra PAN AMERICAN, directamente o ante cualquier autoridad judicial, arbitral o administrativa de la República de Colombia.

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas según mi leal saber y entender, declaro que he leído y entendido el presente documento y acepto enteramente su contenido.

FIRMA DEL RECLAMANTE

Maria Méndez

NOMBRE DEL RECLAMANTE

Maria Méndez De Martinez

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

44,444,444



Índice derecho

INDÍCE DERECHO

DATOS FALLECIDO Y/O ASEGURADO

INFORMACIÓN DEL RECLAMO

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO