

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SEGUROS OBLIGATORIOS Y CERTIVILLAS CLIENTES

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (Titular del producto bancario)

NOMBRES			APELLIDOS			TIPO Y No. IDENTIFICACIÓN		EXPEDIDA EN	
FECHA DE NACIMIENTO			OCUPACIÓN DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE OCURRIR EL SINIESTRO						
DD	MM	AAAA							
DIRECCIÓN Y CIUDAD DEL INMUEBLE EN GARANTÍA (si es reclamo por daños)									
INDIQUE QUE PRODUCTOS TIENE EL ASEGURADO CON EL BANCO (CREDITO HIPOTECARIO, CREDITO DE CONSUMO, CUENTA DE AHORROS, ETC)									
RELACIONE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS EN LAS CUALES EL ASEGURADO TIENE SEGURO DE VIDA:									
NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA INSTUCIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO (Indique la EPS, IPS, hospital, clínica o médico particular en donde era atendido el asegurado) :					Nombre:				
					Dirección, barrio y/o ciudad				
					Teléfono:				

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

FECHA DE SINIESTRO			MARQUE CON UNA X EN EL RECUADRO EL TIPO DE SINIESTRO:								
DD	MM	AAAA									
MUERTE NATURAL		COVID-19		MUERTE ACCIDENTAL		HOMICIDIO		SUICIDIO		INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	
DAÑOS INMUEBLE HIPOTECADO		OTRO		INDIQUE CUAL OTRO:							
VINDIQUE LAS CAUSAS Y CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO (TIPO DE ENFERMEDAD, LESIONES SUFRIDAS, TIPO DE DAÑOS, DÓNDE, CUÁNDO Y CÓMO SUCEDIERON LOS HECHOS):											

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

NOMBRES Y APELLIDOS			IDENTIFICACIÓN		EXPEDIDA EN		PARENTESCO CON EL ASEGURADO			
DIRECCIÓN DE DOMICILIO			CIUDAD		TELEFONOS		CORREO ELECTRONICO			
CERTIFICO QUE TODAS LAS RESPUESTAS Y DECLARACIONES ANTERIORES SON VÉRIDICAS Y AJUSTADAS A LA REALIDAD										
_____ FIRMA DEL RECLAMANTE O SOLICITANTE								FECHA DE RECLAMO DD MM AAAA		

REQUISITOS PARA LA RECLAMACIÓN

Fallecimiento	
<input type="checkbox"/>	Formulario de reclamación completamente diligenciado
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la cédula del asegurado
<input type="checkbox"/>	Registro civil de defunción
Incapacidad total y permanente	
<input type="checkbox"/>	Formulario de reclamación completamente diligenciado
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la cédula del asegurado
<input type="checkbox"/>	Original o copia autenticada del dictamen con la calificación de la incapacidad total y permanente, en donde conste el porcentaje (%) de pérdida de capacidad laboral y la fecha de estructuración de la misma, emitido por la junta de Calificación de Invalidez o Jun médica laboral si es régimen especial.
Daños en el inmueble en garantía hipotecaria	
<input type="checkbox"/>	Formulario de reclamación completamente diligenciado
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la cédula del asegurado
<input type="checkbox"/>	Facturas de reparación de los daños o mínimo dos cotizaciones
<input type="checkbox"/>	Fotografías o video del alcance de las pérdidas
<input type="checkbox"/>	Denuncio penal, en caso de actos terroristas o actos mal intencionados de terceros