PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA
COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

FECHA DIA ☐ MES ☐ AÑO ☐

TIPO DE PÓLIZA
VIDA GRUPO ☐
VIDA GRUPO DEUDORES ☐
ACCIDENTES PERSONALES ☐

NO. DE PÓLIZA ☐

RECLAMACIÓN POR:

MUERTE ☐
DESMEMBRACIÓN ☐
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ☐
INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL ☐
ENFERMEDAD GRAVE ☐
AUXILIO POR MATERNIDAD ☐
RENTA DIARIA HOSPITALARIA ☐
RENTA DIARIA POST HOSPITALARÍA ☐
RENTA POR INCAPACIDAD ☐
CIRUGÍA AMBULATORÍA ☐

1. DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO ☐ | SEGUNDO APELLIDO ☐ | NOMBRES ☐

C.C ☐ | FECHA DE NACIMIENTO DÍA ☐ MES ☐ AÑO ☐ | NACIONALIDAD ☐

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ☐ | CIUDAD ☐ | DEPARTAMENTO ☐ | INDEPENDIENTE ☐ ASALARIADO ☐

ESTADO CIVIL
OTRO ☐

CORREO ELECTRÓNICO ☐ | CELULAR ☐ | TELÉFONO ☐

PARA MUERTE
FECHA DEL FALLECIMIENTO: DÍA ☐ MES ☐ AÑO ☐ | CAUSA ☐ | LUGAR ☐

PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
FECHA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: DÍA ☐ MES ☐ AÑO ☐ | CAUSA ☐ | LUGAR ☐

DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN:

FOTOCOPÍA CÉDULA DEL ASEGURADO AL 150% ☐
FOTOCOPÍA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN ☐
HISTORIA CLÍNICA MÉDICA ☐
DICTAMEN MÉDICO DE PCL ☐
FORMULARIO DE CONOCIMIENTO AL CLIENTE ☐
OTROS DOCUMENTOS ☐ ☐

2. DATOS DEL RECLAMANTE

PRIMER APELLIDO ☐ | SEGUNDO APELLIDO ☐ | NOMBRES ☐

C.C ☐ | FECHA DE NACIMIENTO DÍA ☐ 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 ☐ Ó 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 AHORROS | 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 presentársele.

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 sobrevinientes 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 inmdenización, 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 veridicas 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 ☐

NOMBRE DEL RECLAMANTE ☐

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ☐

INDÍCE DERECHO ☐