

FORMULARIO PARA RECLAMOS - SEGUROS DE PERSONAS (BANCASEGUROS)

ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas

La presente reclamación no será tramitada, hasta que sea completada de manera acuerdo al producto y a la cobertura por la cual presenta reclamación. Se debe utili	total y hayan sido entregados todos los documentos especificados en las condiciones generales de zar tinta y letra legible.						
Lugar y fecha:	N° de póliza:						
NOMBRE DEL PRODUCTO VidaBac Edu Bac / Eduff Plan Vida Plan Vida Renta	uturo PrimaBack / Vidahorro Plan Vida Segura a y Vida Renta CC Plan Vida Integral Salud Ideal						
DATOS DEL SOLICITANTE Asegurado Beneficiario	Beneficiario contingente Representante legal						
Actuando en calidad de: Apoderado Tutor	Heredero Firma a ruego						
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:// Día Mes Año						
Dirección completa:	Tel. de residencia: Celular:						
Tipo de doc. de identidad: DUI / NIT Carné de residencia	Pasaporte N° de documento: N° de NIT:						
Correo electrónico:							
FORMA DE PAGO En agencia Abono a cuen	ıta						
VACUNACIÓN COVID-19 Dósis recibidas: 0 1 2 3 Tipo de vacuna recibio OBSERVACIÓN: Las respuestas a las interrogantes anteriores no influyen en la control AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA INFORMACIÓN BANCARIA DEL ASEGURADO En mi calidad de Asegurado, por medio de la presente SOLICITO y AUTORIZO a ASE que resulte como pago de indemnización, según las condiciones del contrato de se							
formulario. Banco: Banco Agrícola, S.A. Tipo de cuenta: Ahorro	Corriente N° de cuenta:						
DETALLE DE LA COBERTURA A RECLAMAR	I						
Renta Diaria por Hospitalización Invalidez Total y Permane							
☐ Enfermedad Grave ☐ Desmembración Accident	del Beneficiario al Devolución % de prima* (Primaback/Vidahorro y Plan Vida Integral)						
Nombre del Beneficiario que falleció:	CELACIÓN Y DEVOLUCIÓN DE PRIMAS estipulada en la Solicitud-Certificado Primaback/Vidahorro y						
Cláusula QUINCE: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS estipulada en la Póliza Plan Vida Integr	al.						
BENEFICIO ESPECIAL DE ANTICIPO PARA PÓLIZAS PRIMABACK: Si el Asegurado decide contratar una nueva póliza Plan Vida Integral o Salud Ideal, Primaback/Plan Vidahorro. Este beneficio aplica siempre y cuando el Asegurado se durante la vigencia de la póliza, caso contrario se devolverá únicamente el derecho DEVOLUCIÓN DE PRIMAS estipulada en la Solicitud-Certificado. Número de días de hospitalización:	a Compañía proporcionará el beneficio especial de anticipo de las primas pagadas para las pólizas encuentre al día con los pagos y con un derecho adquirido de acuerdo a las primas pagadas adquirido a la fecha de solicitud de acuerdo a la cláusula DÉCIMA OCTAVA: CANCELACIÓN Y Desde:/_// Hasta:/_/						
En caso de fallecimiento, detallar el nombre del beneficiario que realizó e	Día Mes Año Día Mes Año Pl pago de los Gastos Funerarios:						
	in pago de 103 dastos i diferarios.						
indemnización según las condiciones del contrato de seguro, se realice por medio de elección del titular. 2. Si ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, encuentra la cuenta inactiva, cancela considere, suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pagpago de la indemnización por parte de ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas. 3. Exonero a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, de toda responsabilidad poderivados de saldos pendientes, servicios, comisiones, entre otros.	a, Seguros de Personas, y en la calidad con la que actúo, autorizo para que la suma que resulte como le transferencia electrónica en la cuenta bancaria descrita en este formulario y designada a libre dada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá si es necesario o lo o o una nueva cuenta llenando un nuevo formulario, sin que esto configure incumplimiento en el por descuentos que el banco pueda realizar en la cuenta designada sobre la cantidad depositada pormidad a los documentos que están agregados al expediente, por este medio declaro libre y IDA, S.A., Seguros de Personas.						
Firma del Asegurado	Firma del representante legal / apoderado / tutor / a ruego						



INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (Solo en caso de reclamación por fallecimiento)

En mi calidad de beneficiario, por medio de la presente SOLICITO y AUTORIZO a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, para que:

1. En caso de ser aprobada la reclamación, la suma que resulte como pago de indemnización, según las condiciones del contrato de seguro sea abonado por medio de transferencia electrónica en la cuenta bancaria descrita en este formulario.

2. En caso de no ser aprobada dicha reclamación y si llegase a tener derecho a devolución de primas en base al contrato de seguros, autorizo para que sea abonado por medio de transferencia electrónica en la cuenta bancaria descrita en este formulario.

Nombre completo del beneficiario:			Fed	Fecha de nacimiento:// Día Mes Año			
Dirección completa del beneficiario:			Tel. de	el. de residencia: Celular:			
Banco: Banco Agrícola, S.A. Tipo de cuenta: Ahorro	cuenta: Ahorro Corriente N° de cuenta:						
Tipo de doc. de identidad: DUI / NIT Carné de residencia Pasaporte			N° de d	N° de documento: N° de NIT:			
Correo electrónico:				Firma:			
2. Nombre completo del beneficiario:			Fed	Fecha de nacimiento:// Día Mes Año			
Dirección completa del beneficiario:				Tel. de residencia: Celular:			
Banco: Tipo de cuenta: Ahorro Corriente Nº de cuenta: Nº de cuenta:							
Tipo de doc. de identidad: DUI / NIT Carné de residencia Pasaporte			N° de d	N° de documento: N° de NIT:			
Correo electrónico:				Firma:			
4. Nombre completo del beneficiario:			Fed	Fecha de nacimiento:// Día Mes Año			
Dirección completa del beneficiario:			Tel. de	Fel. de residencia: Celular:		Celular:	
Banco: Banco Agrícola, S.A. Tipo de cuenta: Ahorro Corriente N° de cuenta:							
Tipo de doc. de identidad: DUI / NIT Carné de residencia Pasaporte			N° de documento: N° de NIT:				
Correo electrónico:				Firma:			
5. Nombre completo del beneficiario:			Fed	Fecha de nacimiento:// Día Mes Año			
Dirección completa del beneficiario:			Tel. de	residencia:	Celular:		
Banco: Banco Agrícola, S.A. Tipo de cuenta: Ahorro	Corriente	N° de o	cuenta:				
Tipo de doc. de identidad: DUI / NIT Carné de residencia Pasaporte			N° de c	o de documento: N° de NIT:		e NIT:	
Correo electrónico:				Firma:			
Agencia Nombre de ejecutivo			Correo electrónico				