

TOMADOR PÓLIZA: BANCO PICHINCHA S.A.

1. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombres Completos _____
Documento de identificación CC _____ CE _____ Otro _____ Cual? _____		N° de identificación _____

2. AMPARO RECLAMADO

N° de Póliza _____	Muerte Accidental <input type="checkbox"/>
--------------------	--

Fecha de diligenciamiento
DD / MM / AAAA

3. DATOS DEL RECLAMANTE

Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	Nombres Completos _____
Documento de identificación CC _____ CE _____ Otro _____ Cual? _____		N° de identificación _____

4. DOCUMENTOS

A continuación se indican los documentos que la compañía de manera meramente ilustrativa sugiere soportar para la reclamación del siniestro:

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

- *Formato de reclamación seguro de accidentes personales
- *Copia de la Cédula de Ciudadanía o documento de identidad del asegurado
- *Copia del Registro Civil de Defunción
- * Si el asegurado ingreso a la póliza por medio de hall bancario, se requiere copia de la solicitud/certificado de seguro debidamente diligenciada por el asegurado
- * Si el asegurado ingreso a la póliza por medio de Televentas, se requiere el suministro de la grabación telefónica y copia del certificado individual de seguro.
- *Si la causa de fallecimiento fue violenta o accidental adicionalmente deben anexar certificación o documento expedido por la Entidad Competente que enuncie la causa de fallecimiento. (puede ser Acta de levantamiento de cadáver y/o certificación de la fiscalía y/o Informe de necropsia y/o croquis según el caso).
- * Certificación de la entidad tomadora en donde conste el nombre del asegurado, su fecha de nacimiento, número de identificación y valor asegurado
- *Documentos de identidad de los beneficiarios (copia de la cédula de ciudadanía mayores de edad y registro civil de nacimiento para menores de edad)
- *Si los beneficiarios son menores deben aportar copia de la cédula de los padres vivos.
- *Formato de pago por transferencia diligenciado por cada uno de los beneficiarios y padres de los menores beneficiarios.

EN CASO DE PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA PLUS

El asegurado debe comunicarse con el Call Center de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., línea nacional 01 8000 5 23500 y en Bogotá al 5 94 11 39, quienes le prestarán la asesoría correspondiente para la utilización del servicio que requiera.

NOTA: Si del análisis de los documentos aportados se requiere un documento adicional para determinar la cobertura, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

5. FIRMA DEL RECLAMANTE

Firma

Nombre del reclamante _____

Número de Identificación: _____