

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 total y hayan sido entregados todos los documentos especificados en las condiciones generales de acuerdo al producto y a la cobertura por la cual presenta reclamación. Se debe utilizar tinta y letra legible.

Lugar y fecha: _____ N° de póliza: _____

NOMBRE DEL PRODUCTO

VidaBac Edu Bac / Edufuturo PrimaBack / Vidahorro Plan Vida Segura
 Plan Vida Plan Vida Renta y Vida Renta CC Plan Vida Integral Salud Ideal

DATOS DEL SOLICITANTE

Actuando en calidad de: Asegurado Beneficiario Beneficiario contingente Representante legal
 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 cuenta

VACUNACIÓN COVID-19

Dosis recibidas: 0 1 2 3 Tipo de vacuna recibida: Pfizer Astrazeneca Moderna Sinovac Otra

OBSERVACIÓN: Las respuestas a las interrogantes anteriores no influyen en la cobertura del reclamo.

AUTORIZACIÓN DE PAGO POR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA INFORMACIÓN BANCARIA DEL ASEGURADO

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

Banco: Banco Agrícola, S.A. Tipo de cuenta: Ahorro Corriente N° de cuenta: _____

DETALLE DE LA COBERTURA A RECLAMAR

Renta Diaria por Hospitalización Invalidez Total y Permanente Fallecimiento Gastos Funerarios por Muerte del Beneficiario
 Enfermedad Grave Desmembración Accidental Devolución % de prima* (Primaback/Vidahorro y Plan Vida Integral)

Nombre del Beneficiario que falleció: _____

*Solicito la cancelación de la póliza de acuerdo a la cláusula DÉCIMA OCTAVA: CANCELACIÓN Y DEVOLUCIÓN DE PRIMAS estipulada en la Solicitud-Certificado Primaback/Vidahorro y Cláusula QUINCE: DEVOLUCIÓN DE PRIMAS estipulada en la Póliza Plan Vida Integral.

BENEFICIO ESPECIAL DE ANTICIPO PARA PÓLIZAS PRIMABACK:

Si el Asegurado decide contratar una nueva póliza Plan Vida Integral o Salud Ideal, la Compañía proporcionará el beneficio especial de anticipo de las primas pagadas para las pólizas Primaback/Plan Vidahorro. Este beneficio aplica siempre y cuando el Asegurado se encuentre al día con los pagos y con un derecho adquirido de acuerdo a las primas pagadas durante la vigencia de la póliza, caso contrario se devolverá únicamente el derecho adquirido a la fecha de solicitud de acuerdo a la cláusula DÉCIMA OCTAVA: CANCELACIÓN Y DEVOLUCIÓN DE PRIMAS estipulada en la Solicitud-Certificado.

Número de días de hospitalización: _____ Desde: __/__/____ Hasta: __/__/____
Día Mes Año Día Mes Año

En caso de fallecimiento, detallar el nombre del beneficiario que realizó el pago de los Gastos Funerarios: _____

BENEFICIO ESPECIAL DE ANTICIPO PARA PÓLIZAS PRIMABACK:

- En caso de ser aprobada la reclamación que he presentado a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, y en la calidad con la que actúo, autorizo para que la suma que resulte como indemnización según las condiciones del contrato de seguro, se realice por medio de transferencia electrónica en la cuenta bancaria descrita en este formulario y designada a libre elección del titular.
- Si ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, encuentra la cuenta inactiva, cancelada o alguna inexactitud al confrontar la información de esta solicitud podrá si es necesario o lo considere, suspender la transacción hasta que se acuerde una nueva forma de pago o una nueva cuenta llenando un nuevo formulario, sin que esto configure incumplimiento en el pago de la indemnización por parte de ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas.
- Exonero a ASESUISA VIDA, S.A., Seguros de Personas, de toda responsabilidad por descuentos que el banco pueda realizar en la cuenta designada sobre la cantidad depositada derivados de saldos pendientes, servicios, comisiones, entre otros.
- Como consecuencia de la indemnización recibida a entera satisfacción y de conformidad a los documentos que están agregados al expediente, por este medio declaro libre y solvente de toda responsabilidad pecuniaria proveniente de la póliza a ASESUISA VIDA, 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.

1. Nombre completo del beneficiario:		Fecha de nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>
--------------------------------------	--	---

Dirección completa del beneficiario:	Tel. de residencia:	Celular:
--------------------------------------	---------------------	----------

Banco: Banco Agrícola, S.A.	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	N° de cuenta:
--------------------------------	--	---------------

Tipo de doc. de identidad: <input type="checkbox"/> DUI / NIT <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte	N° de documento:	N° de NIT:
---	------------------	------------

Correo electrónico:	Firma:
---------------------	--------

2. Nombre completo del beneficiario:		Fecha de nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>
--------------------------------------	--	---

Dirección completa del beneficiario:	Tel. de residencia:	Celular:
--------------------------------------	---------------------	----------

Banco: Banco Agrícola, S.A.	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	N° de cuenta:
--------------------------------	--	---------------

Tipo de doc. de identidad: <input type="checkbox"/> DUI / NIT <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte	N° de documento:	N° de NIT:
---	------------------	------------

Correo electrónico:	Firma:
---------------------	--------

4. Nombre completo del beneficiario:		Fecha de nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>
--------------------------------------	--	---

Dirección completa del beneficiario:	Tel. de residencia:	Celular:
--------------------------------------	---------------------	----------

Banco: Banco Agrícola, S.A.	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	N° de cuenta:
--------------------------------	--	---------------

Tipo de doc. de identidad: <input type="checkbox"/> DUI / NIT <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte	N° de documento:	N° de NIT:
---	------------------	------------

Correo electrónico:	Firma:
---------------------	--------

5. Nombre completo del beneficiario:		Fecha de nacimiento: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>
--------------------------------------	--	---

Dirección completa del beneficiario:	Tel. de residencia:	Celular:
--------------------------------------	---------------------	----------

Banco: Banco Agrícola, S.A.	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente	N° de cuenta:
--------------------------------	--	---------------

Tipo de doc. de identidad: <input type="checkbox"/> DUI / NIT <input type="checkbox"/> Carné de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte	N° de documento:	N° de NIT:
---	------------------	------------

Correo electrónico:	Firma:
---------------------	--------

Agencia

Nombre de ejecutivo

Correo electrónico