

Bogotá D.C, 04 de diciembre de 2024.

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JORGE ARTURO PEREIRA ESCARRIA
		CEDULA	:	19.088.895
		No. SINIESTRO	:	4161
		No. PÓLIZA	:	5783

Apreciados señores:

Solicitamos a ustedes realizar:

_____	INVESTIGACION COMPLETA
_____	CONSECUCIÓN HISTORIA
_____	ANTECEDENTES PENALES
<input checked="" type="checkbox"/>	VERIFICACIÓN CALIFICACIÓN
_____	CASO ESPECIAL

Para efecto adjuntamos:

_____	FOTOCOPIA DE LA POLIZA
_____	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
_____	FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO
_____	OTROS

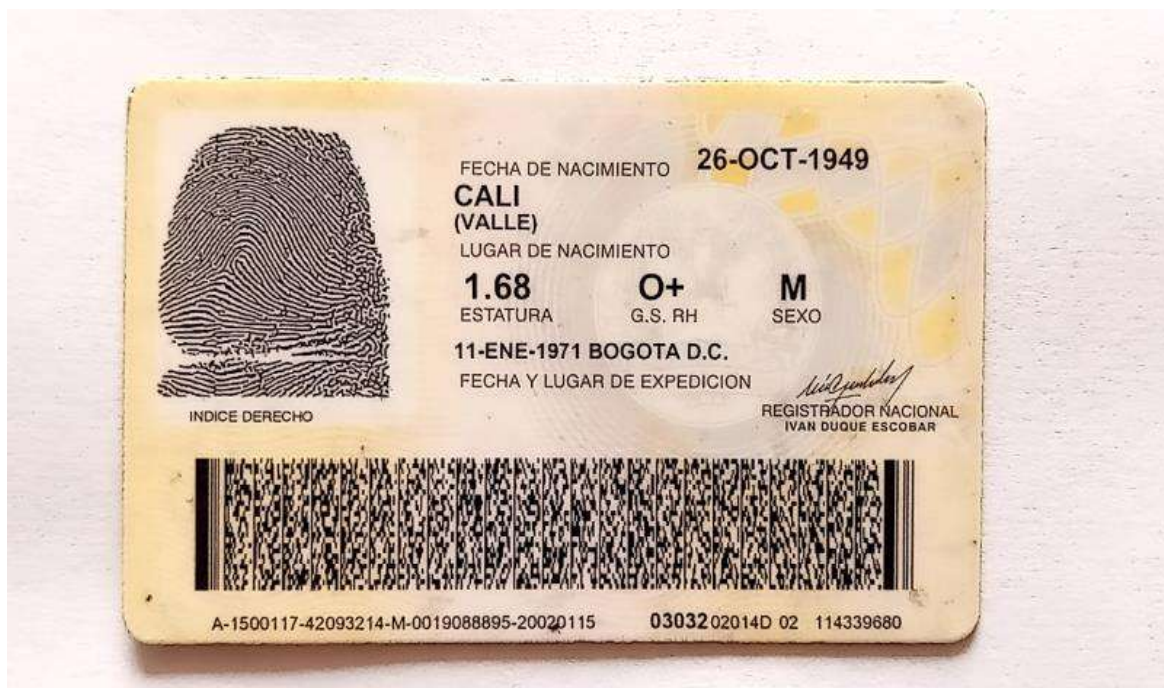
OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO ES EL DIA 11 DE DICIEMBRE DE 2024.

Agradecemos su colaboración.



**ALEJANDRA ROJAS VIDARTE**  
**Directora de Indemnizaciones**  
**PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA**





2022-04-21 18:24:41

JORGE ARTURO PEREIRA ESCARRIA

CC 19088895

Cel 3006386126 4824



FECHA:	DÍA	15	MES	11	AÑO	2024	TIPO DE PÓLIZA:	VIDA GRUPO	<input type="checkbox"/>	Nº DE PÓLIZA:	05783
								VIDA GRUPO DEUDORES	<input checked="" type="checkbox"/>		
								ACCIDENTES PERSONALES	<input type="checkbox"/>		

RECLAMACIÓN POR:	MUERTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	RENTA DIARIA HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>	CIRUGÍA AMBULATORIA	<input type="checkbox"/>
	DESMEMBRACIÓN	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD GRAVE	<input type="checkbox"/>	RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>		
	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	AUXILIO POR MATERNIDAD	<input type="checkbox"/>	RENTA POR INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>		

**1. DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL**

NOMBRE COMPLETO	PEREIRA ESCARRIA JORGE ARTURO									
CC	19088895	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	26	MES	10	AÑO	1949	NACIONALIDAD	COLOMBIA
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>							
			ASALARIADO <input type="checkbox"/>							
ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	TELÉFONO							

PARA MUERTE	CAUSA	LUGAR						
FECHA DE FALLECIMIENTO	DÍA	02	MES	05	AÑO	2024	Muerte por causas naturales	BOGOTA

PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	CAUSA	LUGAR						
FECHA DE FALLECIMIENTO	DÍA		MES		AÑO			

DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN	FOTOCOPIA CÉDULA DEL ASEGURADO AL 150%	<input type="checkbox"/>	HISTORIA CLÍNICA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO AL CLIENTE	<input type="checkbox"/>
	FOTOCOPIA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN	<input type="checkbox"/>	DICTAMEN MÉDICO DE PCL	<input type="checkbox"/>		
	OTROS DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/>				

**2. DATOS DEL RECLAMANTE**

PRIMER APELLIDO /RAZÓN SOCIAL	AVISTA COLOMBIA SAS							NOMBRES		
CC	9008714795	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA		MES		AÑO		NACIONALIDAD	COLOMBIA
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA U OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PARENTESCO							
Carrera 10 # 64-44	BOGOTA	Bogotá								

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, COMPAÑÍA 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 DELA 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	N DE CUENTA	023-836851	BANCO	BANCO DE OCCIDENTE	CIUDAD DONDE TIENE LA CUENTA	Bogotá
----------------	---------	-------------	------------	-------	--------------------	------------------------------	--------

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 presentarse.

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, reclamarán 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 sobrevivientes 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 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 indemnización, 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 verídicas 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		<div>ÍNDICE DERECHO</div>
NOMBRE DEL RECLAMANTE		
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	9008714795	