

Bogotá D.C., 12 de noviembre de 2024

Señores:

CLINICA NUEVA

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	LUIS ROBERTO GOMEZ ORTEGA
	RECLAMO	3840
	PÓLIZA	8549

Como asesores externos de **PAN AMERICAN LIFE** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente del asegurado **LUIS ROBERTO GOMEZ ORTEGA** identificado con la cédula de ciudadanía No. **19.093.159** quien fue atendido por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos copia de la cedula del asegurado y copia de la declaración de asegurabilidad en la que media autorización para realizar la presente solicitud de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, para obtener todas y cada una de las Historias Médicas.

Agradezco de antemano la valiosa y oportuna colaboración prestada, puesto que dicha información se hace necesaria con carácter **URGENTE**, para finiquitar proceso en la reclamación del siniestro en comento.

Cordialmente,



MICHAEL SANCHEZ CASTRO

Analista externo de siniestros

Calle 98 # 68 – 63 Maderos de la Floresta Torre 3 Oficina 302, Bogotá D.C.

Teléfono 5972019 Celular 313 6187278 - 310 3110071

e-mail: analistas.siniestros@gmail.com – analistas.siniestros@atdltlda.com

Bogotá D.C. – Cali – Pasto – Neiva – Medellín – Barranquilla – Bucaramanga

Bogotá D.C, 05 de noviembre de 2024.

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	LUIS ROBERTO GOMEZ ORTEGA
		CEDULA	:	19.093.159
		No. SINIESTRO	:	3840
		No. PÓLIZA	:	8549

Apreciados señores:

Solicitamos a ustedes realizar:

_____	INVESTIGACION COMPLETA
<u> X </u>	CONSECUCCIÓN HISTORIA
_____	ANTECEDENTES PENALES
_____	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 12 DE
NOVIEMBRE DE 2024.

Agradecemos su colaboración.



ALEJANDRA ROJAS VIDARTE
Directora de Indemnizaciones
PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.093.159**
GOMEZ ORTEGA
 APELLIDOS
LUIS ROBERTO
 NOMBRES

[Signature]
 FIRMA

[Portrait Photo]



[Signature]
 Notario Publico
 Notario de la Sección 1.
 NEVISDRA S. LOPEZ (COLOMBIA)
 02 JUL 2021
 Firma *[Signature]*

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO **19-OCT-1949**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO
03-MAR-1971 **BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Signature]*
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

[Barcode]

A-1524700-00652694-11-0019083159-20141218 0041998489A 2 703179570

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
20/05/2021

POLIZA N°

TIPO DE PÓLIZA	
VIDA GRUPO	
VIDA GRUPO DEUDORES	X
ACCIDENTES PERSONALES	

PROCEDIMIENTO	
INCLUSIÓN	X
AUMENTO VALOR ASEGURADO	
ACTUALIZACIÓN D E DATOS	

DATOS DEL TOMADOR					
Nombre AVISTA COLOMBIA S.A.S.		Número de NIT 800.871.478-5		Actividad Comercial ORIGINAR Y OTORGAR CRÉDITOS A PERSONAS	
Dirección Carrera 10 N° 64 - 44 Chapinero, Bogotá D.C.		Correo Electrónico notificaciones@avista.co		Teléfono 3503160037	
		Ciudad Bogotá D.C.		Departamento Bogotá D.C.	

DATOS DEL ASEGURADO					
Apellidos y Nombres del Asegurado GOMEZ ORTEGA LUIS ROBERTO		Correo electrónico luisgo05@gamil.com		Fecha de Nacimiento 18/10/1949	
Actividad PENSIONADO		Dirección Residencia CALLE 16 B SUR # 13 F - 12 PISO 2 SOACHA		Género Masculino	
Valor Asegurado Actual \$ 32,435,463.00		Valor Asegurado Solicitado \$ 32,435,463.00		Teléfono Residencia 3202965228	
		Salario Mensual \$ 1,304,438.00		Teléfono Oficina 3202965228	
				Celular 3202965228	
				Estatuta MTS.	
				Peso KG.	

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS					
Los designados por el asegurado o en su defecto beneficiarios de ley.					
RELACIÓN DE BENEFICIARIOS					
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOC. IDENTIDAD	TIPO DOC	FECHA NAC.	PARENTESCO	%

(*) La suma de los porcentajes de participación de todos y cada uno de los beneficiarios deberá corresponder al 100%

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEL RIESGO		Marque con una X si o no	
1. Padezco o he padecido alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, pulmonares, neurológicas, gastrointestinales, diabetes, de líridos, VIH/ Sida, Presión Arterial Alta, Lupus, Cáncer, tumores, drogadicción o alcoholismo.		SI	NO
2. Padezco alguna incapacidad, defecto físico o mental o cualquier otra incapacidad permanente o parcial diferentes a los mencionados en el numeral anterior		SI	NO

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTA ANTERIORES ES AFIRMATIVA, INDIQUE LA PREGUNTA, CON DETALLE DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO QUE RECIBE Y FECHAS DE INICIO Y FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO; ASÍ COMO EL NOMBRE DEL MÉDICO / HOSPITAL TRATANTE

Pregunta	Padecimiento o Tratamiento	Fecha Inicio	Fecha Fin	Nombre del Médico / Hospital

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD:		SI	NO
1. Tanto mis actividades como ocupación son lícitas y en consecuencia los bienes que poseo provienen de medios lícitos. Igualmente declaro que no he sido objeto de amenazas, de secuestro o muerte ni me han solicitado contribuciones para evitarlo.		X	
2. Autorizo permanente e irrevocablemente a PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para que a partir de la fecha procese, conserve o actualice cualquier información de carácter financiero o comercial y la autorizo para que reporte, consulte o suministre esta información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas, en los términos y durante el tiempo que la ley lo establezca.		X	
3. Autorizo expresamente, aún después de mi fallecimiento, a los médicos e instituciones de salud a proporcionar a los Beneficiarios de este seguro y a PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., copia de mi historia médica clínica, resultados de medios diagnósticos y cualquier información o registro que hayan efectuado o efectúen. En consecuencia renuncio en mi propio nombre y en el de cualquier tercero interesado, a todas las disposiciones de ley que prohíban a los médicos, centros asistenciales o de diagnóstico que me hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.		X	
4. He sido advertido de mi obligación de declarar sinceramente mi estado de salud y cualquier diagnóstico, tratamiento, patología que tenga o haya tenido y las consecuencias de tal omisión, por lo cual manifiesto que todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud son completas y verídicas. Acepto que PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., se reserva los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la realidad (Artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio).		X	
5. He leído, revisado, entendido y recibido todas y cada una de las condiciones, del anverso y reverso, del presente certificado, que conozco su contenido, cuáles son mis deberes, obligaciones, derechos, los costos y gastos que le son inherentes y sus consecuencias legales y con mi firma acepto integralmente su contenido.		X	
6. Que conozco y puedo acceder al Manual de Políticas de Datos Personales de la Compañía y al aviso de privacidad en www.pallig.com		X	

CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE DATOS

Declaro expresamente:

I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

II. Que LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS me ha informado, de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Que mis datos personales serán tratados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, para las siguientes finalidades: i) el trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor, ii) el proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos, iii) la ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre, iv) el control y la prevención del fraude, v) la liquidación y pago de siniestros, vi) todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, vii) controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, viii) la elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, ix) envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes, y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora, x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, xi) Intercambio o remisión de El Tratamiento podrá ser realizado directamente por dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios. Información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, xii) la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, xiii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.

2. El Tratamiento podrá ser realizado directamente por dichas empresas o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: i) personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias, o vinculadas o de matriz de LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, ii) los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros; iii) los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; iv) las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de conaseguros o reaseguro; v) FASECOLD, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia exige los mismos.

6. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son LAS ASEGURADORAS Y/O LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del numeral 3 anterior, serán:

- a) FASECOLD cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá.
- b) INVERFAS cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá.
- c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37 - 43 Piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá.

III. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, autorizo el tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Para resolver inquietudes acerca del seguro o del trámite de una solicitud de reclamación, favor comunicarse con la línea de atención al cliente: Bogotá DC. 756 2323 y a nivel nacional 01 8000 182 534.

Defensor del Consumidor Financiero: Principal - José Guillermo Peña Gonzalez (jgp@pgabogados.com). Suplente - Alejandro Pérez Hamilton (aperez@pgabogados.com). Teléfonos: (57-1) 2131370 - 6584296 - FAX (57-1) 6193259 Dirección Avenida 19 No. 114 - 09 oficina 502 Bogotá D.C. Horario de atención: 8:00 a.m. a 5:00 p.m. jornada continua.

En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web, www.palig.com, ingresando al enlace Consumidor Financiero.

ADVERTENCIA: El cumplimiento de las prestaciones y obligaciones propias del contrato de seguro será exclusiva responsabilidad de PAN AMERICAN LIFE DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., por tanto, EL TOMADOR no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción. Toda diferencia sobre cualquier aspecto del producto del seguro, se resolverá entre el Asegurado y la aseguradora, sin responsabilidad alguna por parte de EL TOMADOR.

SALVO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1153 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS.

Estas autorizaciones regirán durante el periodo de vigencia del seguro.

La ausencia de mi firma sobre este formato, se validará con la recepción desde el buzón del correo electrónico (*) luisg095@gmail.com con lo que certifico la veracidad, autenticidad y confiabilidad de la información la he diligenciado yo para la toma de este seguro. La información contenida refleja exactamente las declaraciones y respuestas que suministraré a la Compañía. En consecuencia ratifico y confirmo que he revisado completa y detalladamente la Solicitud de Seguro, confirmo que no presenta ningún error, omisión o declaración inexacta.

Manifiesto que estoy de acuerdo con su contenido, validez y efectos jurídicos y acepto dicha Solicitud de Seguro plenamente.

En virtud de lo anterior se firma en BOGOTÁ a los 20 días del mes de Mayo del año 2021

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO: LUIS ROBERTO GOMEZ ORTEGA

No. Documento de Identidad: 19083159 de BOGOTÁ

FIRMA DEL ASEGURADO

AL BOGOCENTRO

AL BOGOCENTRO

AL BOGOCENTRO

Pan-American Life de Colombia Compañía de Seguros S.A | Av. Calle 116 No. 23-06/26 Piso 7 Edificio Business Center 116 | PBX - 756 2323
Bogotá D.C. Colombia

FECHA:	DÍA	<input type="text" value="30"/>	MES	<input type="text" value="09"/>	AÑO	<input type="text" value="2024"/>	TIPO DE PÓLIZA:	VIDA GRUPO	<input type="checkbox"/>	Nº DE PÓLIZA:	<input type="text" value="08549"/>
								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	<input type="text" value="GOMEZ ORTEGA LUIS ROBERTO"/>									
CC	<input type="text" value="19093159"/>	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	<input type="text" value="19"/>	MES	<input type="text" value="10"/>	AÑO	<input type="text" value="1949"/>	NACIONALIDAD	<input type="text" value="COLOMBIA"/>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ASALARIADO <input type="checkbox"/>							
ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR	TELÉFONO							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							

PARA MUERTE	CAUSA	LUGAR						
FECHA DE FALLECIMIENTO	DÍA	<input type="text" value="31"/>	MES	<input type="text" value="07"/>	AÑO	<input type="text" value="2024"/>	<input type="text" value="Muerte por causas naturales"/>	<input type="text" value="BOGOTA"/>

PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	CAUSA	LUGAR						
FECHA DE FALLECIMIENTO	DÍA	<input type="text"/>	MES	<input type="text"/>	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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="text"/>	<input type="text"/>			

2. DATOS DEL RECLAMANTE

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

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	<input type="text" value="Ahorros"/>	N DE CUENTA	<input type="text" value="023-836851"/>	BANCO	<input type="text" value="BANCO DE OCCIDENTE"/>	CIUDAD DONDE TIENE LA CUENTA	<input type="text" value="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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE DEL RECLAMANTE	<input type="text"/>	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	<input type="text" value="9008714795"/>	

ÍNDICE DERECHO



ATD LTDA
ASESORES & CONSULTORES



Michael Sánchez Castro

c.c. 1.014.262.661

Analista Externo de Siniestros

RH: A+ EPS: Capital Salud ARL: Seguros Bolívar
www.atdltda.com



ATD LTDA
ASESORES & CONSULTORES

Este carnet es personal e
intransferible y acredita a
su portador como
funcionario de ATD LTDA
Asesores y Consultores

Carrera 13 A # 28 - 38, Oficina 262
Parque Central Bavaria
Celular: 313 451 24 29

www.atdltda.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.014.262.661**

SANCHEZ CASTRO

APELLIDOS

MICHAEL

NOMBRES


FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-1995**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-FEB-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-1500150-0086887-M-1014262661-20170302 0054034840G 1 9999113699