



1. DATOS PERSONALES

Apellidos		Nombres		Tipo de documento		Número	Fecha de nacimiento
				☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ OTRO			DD/MM/AAAA
Nacionalidad		Estado civil		Dirección		Ciudad	
		☐ Soltero ☐ Casado ☐ U.Libre ☐ Otro					
Teléfono		Celular		Correo Electrónico			

2. DATOS COBERTURA

Reclamación por:	Desempleo Involuntario ☐	Incapacidad Temporal ☐	Muerte ☐	ITP ☐
-------------------------	---	---	---------------------------------	------------------------------

3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Breve descripción de las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

Para desempleo Involuntario Indique:

Tipo de Contrato		Motivo de retiro		Fecha de Retiro
				DD/MM/AAAA

Incapacidad temporal Indique:

Médico	Entidad	Dirección	Teléfono	Fecha Ocurrencia
				DD/MM/AAAA

Incapacidad Total y Permanente Indique:

Junta que Califica		% Calificación	Fecha de Dictamen
			DD/MM/AAAA

Para Muerte:

Nombre y Apellido fallecido	Asegurado Principal ☐	Beneficiario ☐	Causa Muerte	Fecha de Fallecimiento
				DD/MM/AAAA

4. DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN

(Si su documentación no está completa, no se podrá realizar el estudio de la reclamación).

Por Muerte

- Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Original o fotocopia del registro civil de defunción del asegurado fallecido.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado fallecido. 150%
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado fallecido, emitida por COLSUBSIDIO.

Por Incapacidad Total y Permanente

- Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Informe y certificado del médico legalmente habilitado para calificar la invalidez, mediante resolución emanada por los entes autorizados encargados de determinar en primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral, o adjuntar el dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez del orden Regional o Nacional debidamente ejecutoriado o en firme.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado. 150%
- Certificación del saldo de la deuda del asegurado, emitida por COLSUBSIDIO

Para Incapacidad Temporal:

- Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía. 150%
- Certificados y exámenes médicos originales que acrediten la incapacidad temporal por más de 30 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Certificación mensual emitida por COLSUBSIDIO donde se indique el valor de la cuota.

Para pérdida involuntaria del empleo:

- Formulario de reclamación suministrado por PALIC debidamente diligenciados por el asegurado o sus beneficiarios.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía. 150%
- Original ó Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.
- Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- Copia del Contrato Laboral o Certificación laboral
- Declaración en la que se deje constancia de continuar en situación de desempleo. (Formato Pan American Life)
- Certificación mensual emitida por COLSUBSIDIO donde se indique el valor de la cuota.

5. FIRMAS Y AUTORIZACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a la Compañía o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial y financiera procese, conserve, consulte y suministre, reporte o actualice cualquier información de carácter técnica de seguros, financiera y comercial mía desde el momento de solicitud del seguro a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos.

Autorizo expresamente a la compañía para consultar las bases de datos de seguros de vida y personas relativas a reclamaciones e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo, la autorizo que informe a esas mismas bases de datos, los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguro celebrado o que se vaya a celebrar.

Conforme a lo estipulado en el Artículo 34de la ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamento No. 3380 de 1981, autorizo a **Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A.**, para que pueda conocer todas mis condiciones de salud que posea dentro de una historia clínica, cualquier médico, cirujano, entidad medica u hospitalaria, compañía de seguros o medicina pre pagada, entidad promotora de salud (EPS), aseguradora de riesgos laborales (ARL) que con carácter profesional me hayan atendido en cualquier época de mi vida.
Renuncio por lo tanto. A todas las disposiciones de la ley de la deontología médica que prohíbe revelar información médica adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.

AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES

Autorizo a **Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A.**, para que trate mis datos personales, incluidos los datos sensibles y datos de menores y adolescentes que llegue a suministrar , con el objeto de adelantar los fines descritos en la Autorización para el tratamiento de datos Personales, particularmente para la ejecución del contrato de seguro que estoy suscribiendo , así como los descritos en la Política de Datos Personales, los cuales se encuentran en la página de internet www.palig.com Mis datos personales serán tratados por **Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A.**, como responsable , o por los encargados que este designe, Declaro que conozco los derechos que me asisten en calidad de titular de la Información , los cuales se encuentran igualmente descritos en la página de internet www.palig.com. Los datos de identificación y contacto de **Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A.** como responsable se encuentra a mi disposición en la página de internet www.palig.com. Declaro que conozco el carácter facultativo que tiene el suministro de datos sensibles y datos de menores y adolescentes.

NOTA: El hecho de realizar esta reclamación no lo exime del cumplimiento de sus obligaciones crediticias con Colsubsidio, por este motivo le recomendamos que continúe con el pago de sus cuotas para que no genere mora ni reportes negativos en las centrales de Riesgo.

Firma

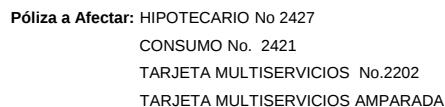
Fecha Diligenciamiento:

DD/MM/AAAA

Para resolver inquietudes Acerca del seguro y sus condiciones generales, del tratamiento de sus datos personales y como tramitar una reclamación contáctenos a la línea 7562323 en Bogotá y en la página web: www.palig.com

Defensor del consumidor financiero: Doctor JOSÉ GUILLERMO PEÑA GONZÁLEZ

AVENIDA 19 No. 114 – 09 OFICINA 502 Bogotá D.C. TELÉFONOS: (57-1) 2131370 - 6584298 - FAX (57-1) 6193259 Correo Electrónico: jgp@pgabogados.com



Valor de la Cuota

--	--

--	--

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]

--	--

--	--