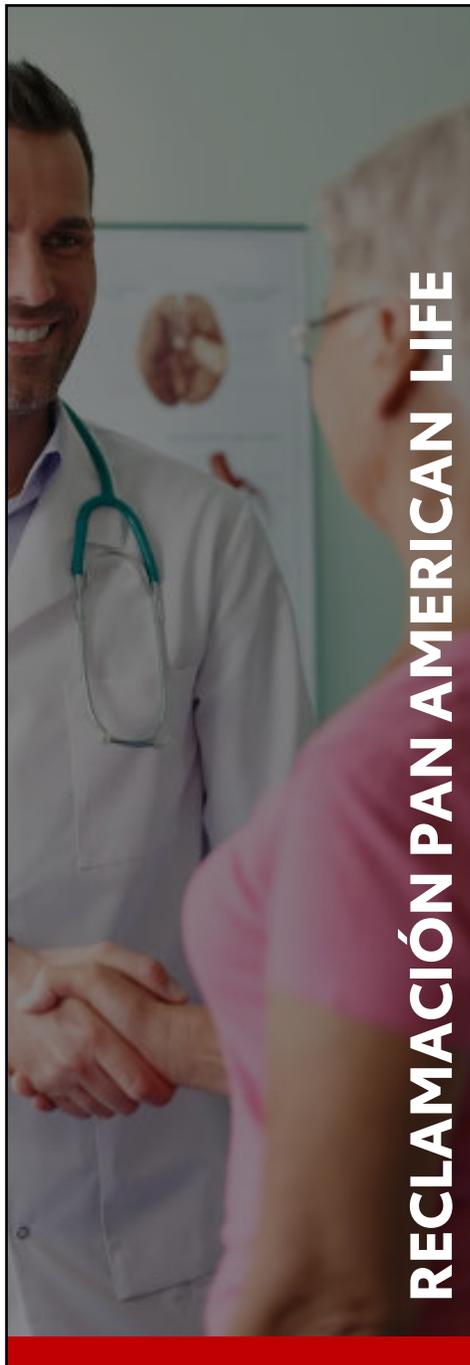


REQUISITOS Y DOCUMENTOS PARA GESTIONAR RECLAMACIONES O SINIESTROS POR TEMAS DE SEGUROS.

Los siguientes requisitos aplican para siniestros efectuados hasta el **30/06/2025** (PAN AMERICAN LIFE) Si cuentas con el seguro, debes enviar:



SINIESTRO POR FALLECIMIENTO

- Carta de apoderado con datos de contacto.
- Registro civil de defunción o certificado de defunción.
- Copia de historia clínica completa del asegurado.
- Diligenciamiento del formulario de Pan American Life (Documento adjunto)
- Correo envió: **TFS PALIG**
fsc-palig@btobnegocios.com
contacto@toyotacredito.com.co

SINIESTRO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL, AFP o Junta de calificación médica.
- Copia de historia clínica completa del asegurado.
- Diligenciamiento del formulario de Pan American Life (Documento adjunto)
- Correo envió: **TFS PALIG**
tfsc-palig@btobnegocios.com
contacto@toyotacredito.com.co

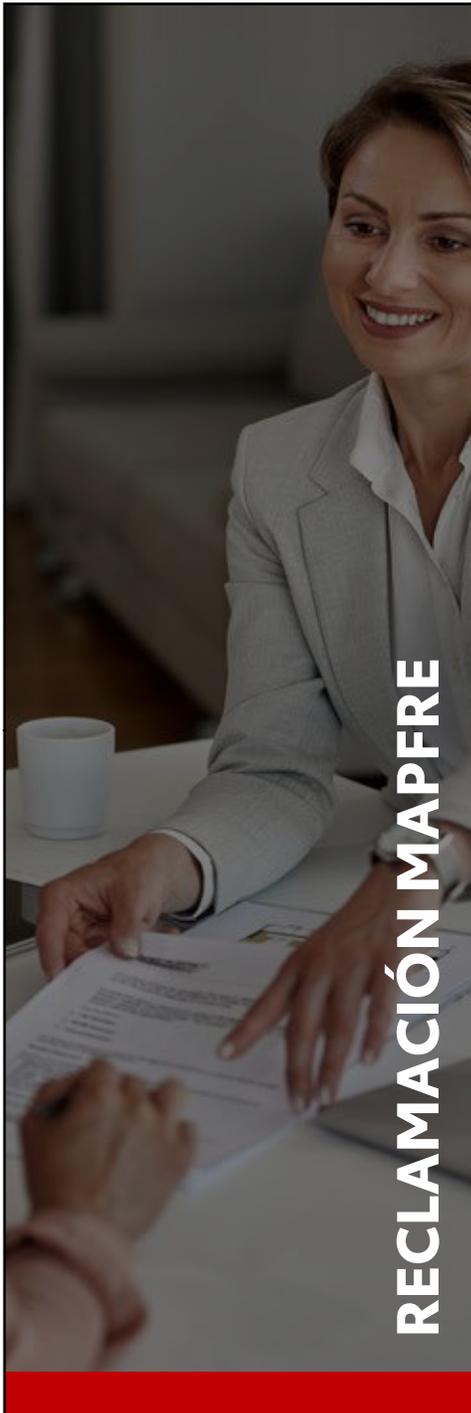
**RECLAMACIÓN PAN AMERICAN LIFE****RECLAMACIÓN POR DESEMPLEO**

- Fotocopia de la comunicación oficial de terminación del contrato laboral sin justa causa.
- Fotocopia de la certificación laboral que precise fecha de inicio, fecha de terminación, tipo de vínculo laboral.
- Empleado con contrato a término fijo, debe precisar en la certificación la fecha de inicio y terminación originalmente pactada en el contrato; cuando la certificación laboral no contenga las fechas de inicio y de terminación originalmente pactadas.
- Diligenciamiento del formulario de Pan American Life (Documento adjunto)
- Correo envió: **TFS PALIG**
tfsc-palig@btobnegocios.com
contacto@toyotacredito.com.co

RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

- Original de la certificación expedida por la Entidad Promotora de Salud (EPS), o por el médico tratante y la historia clínica completa o epicrisis, fecha de inicio de la incapacidad y la fecha de terminación de esta.
- El informe de accidente de la autoridad competente, si es el caso.
- Las planillas integradas de pago de aportes a Seguridad Social, en las cuales se evidencie una antigüedad mínima de ciento ochenta (180) días en su actividad económica.
- Diligenciamiento del formulario de Pan American Life (Documento adjunto)
- Correo envió: **TFS PALIG**
tfsc-palig@btobnegocios.com
contacto@toyotacredito.com.co

Los siguientes requisitos aplican para siniestros efectuados desde **01/07/2025**
(MAPFRE) Si cuentas con el seguro, debes enviar:



SINIESTRO POR FALLECIMIENTO

- Carta de Apoderado con datos de contacto.
- Registro civil de defunción o certificado de defunción.
- Copia de historia clínica completa del asegurado.
- Correo envió: **TFS**
contacto@toyotacredito.com.co

SINIESTRO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral que demuestre una pérdida de la capacidad laboral igual o superior al cincuenta por ciento (50%), emitida por la EPS, ARL, AFP o Junta de calificación médica.
- Copia de historia clínica completa del asegurado.
- Correo envió: **TFS**
contacto@toyotacredito.com.co

RECLAMACIÓN POR DESEMPLEO

- Fotocopia de la comunicación oficial de terminación del contrato laboral sin justa causa.
- Fotocopia de la certificación laboral que precise fecha de inicio, fecha de terminación, tipo de vínculo laboral.



RECLAMACIÓN POR DESEMPLEO

- Empleado con contrato a término fijo, debe precisar en la certificación la fecha de inicio y terminación originalmente pactada en el contrato; cuando la certificación laboral no contenga las fechas de inicio y de terminación originalmente pactadas.
- Correo envió: **TFS**
contacto@toyotacredito.com.co

RECLAMACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

- Original de la certificación expedida por la Entidad Promotora de Salud (EPS), o por el médico tratante y la historia clínica completa o epicrisis, fecha de inicio de la incapacidad y la fecha de terminación de esta.
- El informe de accidente de la autoridad competente, si es el caso.
- Las planillas integradas de pago de aportes a Seguridad Social, en las cuales se evidencie una antigüedad mínima de ciento ochenta (180) días en su actividad económica.
- Correo envió: **TFS**
contacto@toyotacredito.com.co

V.1.0 -19/08/2025

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

FECHA	DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	TIPO DE PÓLIZA	VIDA GRUPO <input type="checkbox"/>	VIDA GRUPO DEUDORES <input type="checkbox"/>	ACCIDENTES PERSONALES <input type="checkbox"/>	NO. DE PÓLIZA	<input type="text"/>
RECLAMACIÓN POR:									
MUERTE	<input type="checkbox"/>	INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	RENDA DIARIA HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>	CIRUGÍA AMBULATORIA	<input type="checkbox"/>		
DESMEMBACIÓN	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD GRAVE	<input type="checkbox"/>	RENDA DIARIA POST HOSPITALARIA	<input type="checkbox"/>	DESEMPLEO	<input type="checkbox"/>		
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	AUXILIO POR MATERNIDAD	<input type="checkbox"/>	RENDA POR INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/>	OTROS	<input type="checkbox"/>		

1. DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>		SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>		NOMBRES	<input type="text"/>	
C.C.	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	NACIONALIDAD	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	<input type="text"/>		CIUDAD	<input type="text"/>		DEPARTAMENTO	<input type="text"/>	
ESTADO CIVIL	<input type="text"/>		CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>		CELULAR	<input type="text"/>	
PARA MUERTE	<input type="text"/>		CAUSA	<input type="text"/>		LUGAR	<input type="text"/>	
FECHA DEL FALLECIMIENTO:	DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	<input type="text"/>		LUGAR	<input type="text"/>	
PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	<input type="text"/>		CAUSA	<input type="text"/>		LUGAR	<input type="text"/>	
FECHA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:	DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	<input type="text"/>		LUGAR	<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"/>	<input type="text"/>		
FOTOCOPIA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN	<input type="checkbox"/>	DICTAMEN MÉDICO DE PCL	<input type="checkbox"/>	OTROS DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		

2. DATOS DEL RECLAMANTE

PRIMER APELLIDO / RAZÓN SOCIAL	<input type="text"/>		SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>		NOMBRES	<input type="text"/>	
C.C.	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/>	NACIONALIDAD	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA U OFICINA	<input type="text"/>		CIUDAD	<input type="text"/>		DEPARTAMENTO	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		PARENTESCO	<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 DE LA 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"/>	NO. DE CUENTA	<input type="text"/>	BANCO	<input type="text"/>	CIUDAD DONDE TIENE LA CUENTA	<input type="text"/>
----------------	--------------------------------------	---------------	----------------------	-------	----------------------	------------------------------	----------------------

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, reclamaran 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 recibo a mi entera satisfacción la totalidad de la suma asegurada que me corresponde en calidad de beneficiario y una vez reciba el dinero de 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 verdicas 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

NOMBRE DEL RECLAMANTE

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

ÍNDICE DERECHO