

Bogotá D.C., 13 de noviembre de 2024

Señores

CLINICAS Y/U HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	VANESSA ALEXANDRA VILLANUEVA ARIAS
	RECLAMO	OIV-124083-1

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente a la señora **VANESSA ALEXANDRA VILLANUEVA ARIAS** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1129538554** quien fue atendida por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos fotocopia de la Declaración de asegurabilidad, copia de la cedula de la asegurada, formato para reclamaciones de seguros de vida y sus anexos, 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,



ANDREA TOVAR

Analista 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@atdltda.com

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



Bogotá D.C 13 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	VANESSA ALEXANDRA VILLANUEVA ARIAS
		CEDULA CIUDADANIA	:	1129538554
		RECLAMO	:	25400001405
		CONSECUTIVO	:	OIV-124083-1

Solicitamos a ustedes realizar:

<input checked="" type="checkbox"/>	INVESTIGACION COMPLETA
<input type="checkbox"/>	INVESTIGAR HISTORIA
<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES PENALES
<input type="checkbox"/>	VERIFICACIÓN CALIFICACION
<input type="checkbox"/>	RENUNCIA PROTOCOLARIA

Para efecto adjuntamos:

<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DE LA POLIZA
<input type="checkbox"/>	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO
<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS

OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 24 DE NOVIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS
Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula
Vanessa Alexandra Villanueva Arias		1.129.538.554
Edad	Dirección actual	Ciudad Teléfono
36	Calle 35 # 14-30	Barranquilla 3206996956
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Arquitecta		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/> Rentas <input checked="" type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input type="radio"/> Enfermedades Graves <input type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos <input type="radio"/>		

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha
<input type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	Barranquilla	DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos: Paciente Cirugía abdominoplastia postbariátrica con varias complicaciones por hematomas. Hospitalización 1: 7 días del 27-06-2024 al 03/07/2024, Hospitalización 2: 74 días del 12-07-2024 al 23-09-2024. Incapacidad 1: 30 días, Incapacidad 2: 30 días, Incapacidad 3: 90 días, Incapacidad 4: 30 días.		
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? 26-06-2024 En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? 26-06-2024		
4. Fecha de diagnóstico por un médico	5. Tiempo de evolución de esta enfermedad	
DD MM AAAA	hasta hoy Van 118 días.	
6. Otros antecedentes del asegurado		
Tiempo de evolución:		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual: Hospitalización en casa con curaciones en herida por dehiscencia, Todos los martes y viernes.		
8. Indique el nombre de su E.P.S.		
Nueva EPS		Es afiliado <input checked="" type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente		
10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual		
		¿Desde hace cuánto tiempo?
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:		
Nombre	Especialidad	
Wilman Gutierrez	Cirujano Plastico	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 70 # 48-35	Barranquilla	
Nombre	Especialidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Clinica General del norte.	27 06 2024	03 07 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 70 # 48-35.	Barranquilla	
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Clinica General del Norte.	12 07 2024	23 09 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 70 # 48-35	Barranquilla.	

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

Si ☐ No ☒

118 días del 26-06-2024 al día de hoy, 22-09-2024

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma

16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia

Nombre

Vanessa Alexandra Villanueva Arias

Teléfono

3206996956

Dirección

Calle 35 # 14-20

Ciudad

Barranquilla

Correo electrónico

vane29_villa@hotmail.com

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

IGUALMENTE CONSIENTO QUE SEGUROS BOLÍVAR S.A. SOLICITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS INFORMACIÓN SOBRE LOS SEGUROS SIMILARES QUE TENGA CONTRATADOS.

CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

vane29_villa@hotmail.com

Lugar y Fecha

Barranquilla 22-10-2024



Huella



VANESSA VILLANUEVA

Firma del Asegurado

C.C. No. 1129538554

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.129.538.554**

VILLANUEVA ARIAS
APELLIDOS

VANESSA ALEXANDRA
NOMBRES

VANESSA VILLANUEVA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1987**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

09-MAY-2006 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO



P-0300103-22149912-F-1129538554-20060719 0595306198B 02 213277654