



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
Johane Maria Gonzalez Loaiza		24346662
Edad	Dirección actual	Ciudad Teléfono
44	Nereida Alegria	Maquetalia 319-644-16-86
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Docente		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/>	Rentas <input type="radio"/>	Incapacidad total y permanente <input checked="" type="radio"/> Enfermedades Graves <input checked="" 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	Dorada	08/10/2024
Dé un informe detallado de los hechos:		
M544-Lumbago con ciática. Discopatía a nivel L4 L5		

3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad?

Enero 2024 08/10/2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

10/10/2024 10 meses

6. Otros antecedentes del asegurado

Tiempo de evolución:

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? ☒ Si ☐ No

Si su respuesta es afirmativa, indique cual medicamento - Terapia física

8. Indique el nombre de su E.P.S.

TOMAS

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente

Hospital San Cayetano - calle 3 # 1A-01 - Maquetalia

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual

¿Desde hace cuánto tiempo?

Karen Viviana Herrera - Fernando Arrieta C113 # 1A-01 Maquetalia Enero - Mayo - Septiembre 2024

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre	Especialidad
Abel Sanchez	Medico General
Dirección	Ciudad Teléfono
Ci 15 Variante entre 19 y 20 autopista Puerto Salgar	Dorada 3175401132
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
Hospital de alta complejidad del Magdalena	08/10/2024	10/10/2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Ci 15 Variante calle 19 y 20 autopista Puerto Salgar	Dorada	3175401132
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

Forma B-117 (Rev. Feb. 16)

13. ¿Tratamientos Pendientes? ☒ Sí ☐ No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

Medicamentos para el manejo del dolor e inflamación
Fisioterapia

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

☒ No

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

Teléfono

Dirección

Ciudad

Correo electrónico

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

johana_maua16@hotmail.com

Lugar y Fecha _____



Huella

Johana González

Firma del Asegurado

C.C. No. 24346662

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.346.662**

GONZALEZ LOAIZA

APELLIDOS

JOHANA MARIA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-OCT-1980**
MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O-

G.S. RH

F

SEXO

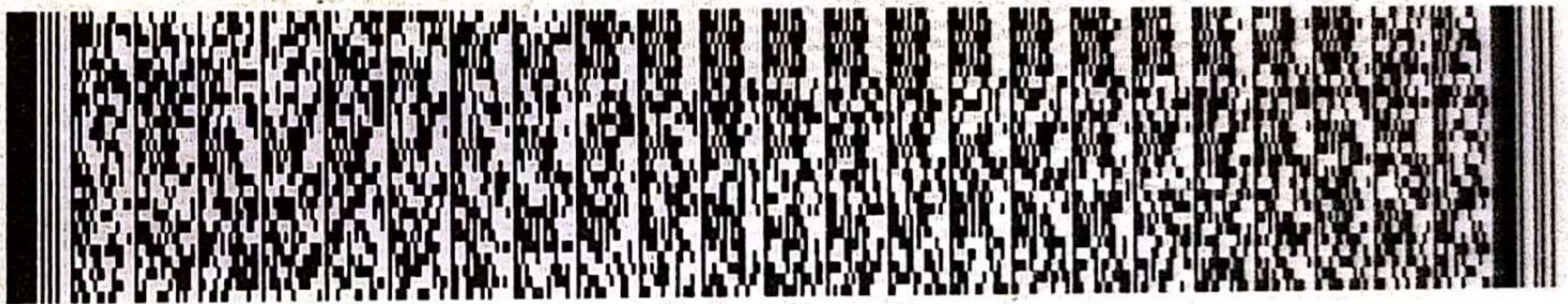
05-NOV-1998 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00029781-F-0024346662-20080725

0001421493A 1

1140019927

SECRETARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL