

Bogotá D.C 13 de noviembre de 2024

Señores
ATD LTDA.
Atn. Sra. Idaly Perdomo
Ciudad.

Referencia: INVESTIGACION: GRUPO

ASEGURADO : CAMILO ANDRES CONDE FACUNDO

CEDULA CIUDADANIA : 6804417

RECLAMO : 26900000750

CONSECUTIVO : OIV-125785-1

Solicitamos a ustedes realizar:

Agradecemos su colaboración.

_x _	INVESTIGACION COMPLETA INVESTIGAR HISTORIA ANTECEDENTES PENALES VERIFICACIÓN CALIFICACION RENUNCIA PROTOCOLARIA
Para efe	cto adjuntamos:
x_	FOTOCOPIA DE LA POLIZA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO OTROS
OBSERV	ACIONES:
EL PLAZ	O MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 24 DE NOVIEMBRE 2024

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)

The state of the s		
Nombre completo del Asegurado	Cédula	
Camilo Andres Conde Focundo	68044	17
Cami D Andres Conde Facundo Edad Dirección actual 41 Cru 8 Nº 115-24 sur Barrio Alia Ocupación habitual Docente Amparo por el que desea reclamar	Inza P+0 B/co miento, edad al morir	3198911378
Vida ○ Rentas ② Incapacidad total y permanente ○ Enfermedades Graves ○	Accidentes Personales (Gastos Médicos
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallecimiento ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HI	ISTORIA CLÍNICA Y EXÂMENES D	DE DIAGNÓSTICO.
Causa Lugar		Fecha
O Accidente ○Enfermedad ○Homicidio ○Sulcidio	The state of the s	25 07 2023
de piel p tepido celular subcutareo e tres centimetros.	benigno urea gener	o maligno
3. SI es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por pri	imera vez a un médico en re	elación con su enfermedad
	the Company of the Co	
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad 25 07 2023 25 - 08 - 2023	d	
6. Otros antecedentes del asegurado		
	January Committee	Constitution to the con-
Tiempo de evolución:		
7. ¿Esta reciblendo tratamiento por esta enfermedad ? SiO No		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual		
MARTIN A LYRICIDE POLICIE DE CONTRACTO DE TRACTO MATERIALISTA DE MITOLOGO.		
8. Indique el nombre de su E.P.S.		
Union temporal salud sur	Es afiliado 🤡	Beneficiario 🔘
Union (cmporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente		Beneficiario O
9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente	Es afiliado S	Beneficiario O
Union (cmporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente		Beneficiario ()
Union (cmporal salud sur 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente (orpomedica cra y v ² 91-13-91 d Flora 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual	chu'g Cago	Beneficiario ()
Union (cmporal salud sur 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente (orpomedica Cra Y Nº 91-13-91 d Flora 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual	chu'g Cago	Beneficiario ()
Union (cmpoyal sulud sur 9. Indique el nombre, dirección y cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente Corpomedica Cru Y Vº 91-13-91 d Flore 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad Nombre	o accidente: Especialidad Civulano	o tlempo?
Union (composal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedica Cro Y V 91-13-91 a Flore 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad Nombre Fernando Esobar Casfañeda Dirección	chu'g Cdqv ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad Civydvo	o tlempo?
Union temporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedica Cru Y Vº 91-13-91 a Flore 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad nombre Fernando Esabar Casfaneda Dirección Cra A Nº 9113-91 a	Chu'g Caga ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad Ciudad Florenci d	o tlempo?
Union (empoyal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedica Cro Y V ² 91-13-91 a Flore 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad Nombre Fernando Esobar Casfañeda Dirección	chu'g Cdqv ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad Civydvo	o tlempo?
Union temporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedica Cru Y Vº 91-13-91 a Flore 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad nombre Fernando Esabar Casfaneda Dirección Cra A Nº 9113-91 a	Chu'g Caga ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad Ciudad Florenci d	o tlempo?
Union temporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedica Cra Y V 91-13-91 a Flore 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad en nombre Fernando Esobar Casfaneda Dirección Cra y Nº 9113-91 a Nombre	Chu'g Caga Desde hace cuanto o accidente: Especialidad Civy Chu Ciudad Florenci d Especialidad	Teléfono 84340250
Union temporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedia Cro Y Vº 91-13-91 a Flore 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los mèdicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad Nombre Fernando Esobar Casfañeda Dirección Cra 9 Nº 9113-91 a Nombre Dirección	Chu'g Caga Desde hace cuanto o accidente: Especialidad Civy Chu Ciudad Florenci d Especialidad	Teléfono 84340250
Union temporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedia Cru Y Vº 91-13-91 a Flore 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad nombre Fernando Esober Casfaneda Dirección Cra A Nº 9113-91 a Nombre Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario	CNU'D CAGO ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad CITUJANO Ciudad Flor CNCI d Especialidad Ciudad	Teléfono 84340250 Teléfono Fecha de Salida
Union temporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedica Cru Y V 91-13-91 a Flore 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad en nombre Fernando Esober Casfaneda Dirección Cra y Nº 9113-91 a Nombre Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Corpomeda Cara Contro Hospitalario Corpomeda Cara Casfaneda Corpomeda C	Chu'g Cago ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad City Jano Ciudad Flor che d Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso 95 07 202	Teléfono 84340250 Teléfono Fecha de Salida
Union temporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedica Cru Y V 91-13-91 a Flore 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad hombre Fernando Esober Castañeda Dirección Cra 9 Nº 9113-91 a Nombre Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Corpomedica Dirección	Chu'g Cago ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad City Jano Ciudad Florenci d Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso 75 07 202 Ciudad	Teléfono 84340250 Teléfono Fecha de Salida 83 25 07 2023 Teléfono
Union temporal saled sur 9. Indique el nombre, dirección y cludad de la I.P.S. que lo atlende regularmente (orpomedica Cru Y Vº 91-13-91 a Flore 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad en mombre Fernando Esober Casfaneda Dirección Cra y Nº 9113-91 a Nombre Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Corpormedica Dirección Cra y Mº 9113-91 a Dirección Corpormedica Corporme	Chu'd Cago ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad Civuano Ciudad Florencial Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso 15 07 202 Ciudad Florencial	Teléfono 84340250 Teléfono Fecha de Salida 83 25 07 2023 Teléfono
Union temporal salud sur 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente (orpomedina Cru Y Nº 91-13-91 d Flore 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad nombre Fernando Esobar Casfaneda Dirección Cra y Nº 9113-91 d Nombre Dirección 12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Coypomedica Dirección	Chu'g Cago ¿Desde hace cuanto o accidente: Especialidad City Jano Ciudad Florenci d Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso 75 07 202 Ciudad	Teléfono 84340250 Teléfono Fecha de Salida 8325072023 Teléfono 84340250 Fecha de Salida

Compañía de Seguros Bolívar S.A. Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10 Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolívar.com



13. ¿Tratamientos Pendie	entes? SiO NoO			
Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)			
Tratamientos Médicos (Det	ellar)			
D. L. () D. ()				
Rehabilitación (Detallar)				
	tra trabajando? Si no esta tra	balanda i basa sui	Anto tlemno no trabala?	
Si No O	ra trabajando / Si no esta tra	bajando, Znace cua	anto tiempo no trabaja r	
15. En caso de reclamación	por fallecimiento, diligenciar:			
BENEFICIARIOS	With a Manager of American American Company Co			
1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
The second secon			Correo Electrónico	Firma
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electronico	
	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
			Correo Electrónico	The Control of the Co
				The Control of the Co
3. Nombre	Parentesco Parentesco	Cédula Cédula	Correo Electrónico Correo Electrónico	Firma
s. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
3. Nombre 6. Nombre 6. Nombre	Parentesco Parentesco Parentesco	Cédula Cédula Cédula	Correo Electrónico Correo Electrónico Correo Electrónico	Firma
4. Nombre 5. Nombre 16. Envio de correspondenci	Parentesco Parentesco Parentesco Parentesco A. Favor indicar el lugar de el	Cédula Cédula Cédula Cédula	Correo Electrónico Correo Electrónico Correo Electrónico	Firma
Nombre Nombre Nombre Residue de correspondenci	Parentesco Parentesco Parentesco	Cédula Cédula Cédula Cédula	Correo Electrónico Correo Electrónico Correo Electrónico	Firma Firma Firma

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

Lugar y Fecha Pto Ruco 55-11-2824

Huella

Firma del Asegurado

C.C. No. 6804417 flwq.

Firma del Beneficiario reclamante C.C. No.

