

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2024

Señores
CLINICAS Y/U HOSPITALES
Estadística y/o Archivo
Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	DAINER ARROYO JULIO
	RECLAMO	OIV-127216-1

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente al señor **DAINER ARROYO JULIO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **73206797** 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



Bogotá D.C 28 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	DAINER ARROYO JULIO
		CEDULA CIUDADANIA	:	73206797
		RECLAMO	:	26000001442
		CONSECUTIVO	:	OIV-127216-1

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 9 DE DICIEMBRE 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)

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado Dainer Arroyo Jolio		Cédula 73206797
Edad 40	Dirección actual U. Horizonte MZA 11 ET 1	Ciudad Catagena
Ocupación habitual Docente	Teléfono 3006801602	
En caso de fallecimiento, edad al morir		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/> Rentas <input 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 <input type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	Lugar Catagena	Fecha 9 11 2024
Dé un informe detallado de los hechos: Comence con Malestar General - gripa, Fiebre y al pasar los días comenzaron a cambiar el color de los ojos, la orina y la piel, por lo cual consulté a urgencia donde diagnosticaron ictencia no específica que llevó a la realización de una CTR + ecografía de STB en las vías biliares.		

3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? **01-NOVIEMBRE-2024** En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? **9-NOVIEMBRE-2024**

4. Fecha de diagnóstico por un médico **9 11 2024** 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad **15 días**

6. Otros antecedentes del asegurado

Rusgo de anemia de células falciformes.

Tiempo de evolución:

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

Si su respuesta es afirmativa, indique cual **Antibióticos - tetraxina**

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

FOMAG - Fidoprevisora.

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

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

IPS Clínica General del Norte

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
Dirección	Ciudad
Nombre	Especialidad
Dirección	Ciudad
Nombre	Especialidad
Dirección	Ciudad

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario Clínica Emmita de Catagena	Fecha de Ingreso 9 11 2024	Fecha de Salida 14 11 2024
Dirección Pie de la Jofa Casa 71B N° 81-103	Ciudad Catagena	Teléfono 3104587239
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Dirección	Ciudad	Teléfono

5. Declaraciones y Autorizaciones del Beneficiario

Yo, Dainer Arroyo Julio, identificado(a) con CC No. 73206797 de Cartagena, ante **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. Y SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.**, ubicadas en la Avenida el Dorado No. 68B-31 Piso 10, Bogotá D.C. con dirección electrónica:

www.segurosbolivar.com y línea de atención: 018000 123 322; denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS", manifiesto que:

(1). **DECLARACIÓN DE VERACIDAD:** La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la ley.

(2). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA** (LEY 1266 DE 2008): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, con el fin de que éstas puedan conocer hechos que podrían dar lugar a omisiones y/o inexactitudes en la información por mí suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado.

(3). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES** (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 3.1 Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 3.2 Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3.3 Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados, y para la medición del nivel de satisfacción respecto de LAS COMPAÑÍAS. 3.4 Informar acerca de los productos y servicios ofrecidos por LAS COMPAÑÍAS. Todo ello a través del envío de mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), correo electrónico, teléfono celular, teléfono fijo, fax, correo físico y redes sociales o medios similares.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☒ NO ☐

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

(4). **GRUPO BOLÍVAR:** Conozco que LAS COMPAÑÍAS hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☐ NO ☒

(5). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día _____ de _____ del año 20____.

Si se actúa en representación de otra persona: Actúo en representación de _____ con documento de identidad No. _____.

Dainer Arroyo Julio
Firma Beneficiario, Representante Legal, Apoderado*, Tutor* ó Curador*



* Si firma el presente formato como Apoderado, Tutor o Curador, por favor relacione a continuación la información de la(s) persona(s) beneficiario(s) a la(s) que representa:

Tipo de documento	Número de documento	Nombres y Apellidos

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA		
Nombre del responsable del recibo y revisión del formulario	No. de identificación	
Cargo		
Ciudad o localidad de recibo del formulario	Fecha de revisión	
	DD	MM
		AA
Ramo o producto	No. póliza afectada	No. Reclamo

Firma responsable del recibo y revisión del formulario


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73206797**

APELLIDOS **ARROYO JULIO**

NOMBRES **DAINER**

FIRMA *Dainer Arroyo Julio*



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1984**

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.84 **B+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

23-ABR-2002 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0500100-30104583-M-0073206797-20020703 0047502184A 01 129387974