



Bogotá D.C 19 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	OSCAR DANIEL SANCHEZ WILCHES
		CEDULA CIUDADANIA	:	1054561266
		RECLAMO	:	10010000547
		CONSECUTIVO	:	OIV-125063-1

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 28 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)

## 1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula
OSCAR DANIEL SANCHEZ WILCHES		1054561266
Edad	Dirección actual	Ciudad
30	CALLE 12 # 26a - 34	MONDA
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Empleado		
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 checked="" type="checkbox"/>		

## 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	MONDA, TOLIMA	30.09.2024
Dé un informe detallado de los hechos: DOLOR PRECORDIAL EN EL AREA DEL PECHO Y G1 DIA 09 DE OCTUBRE INGRESO HOSPITALARIO A LA UCI EN LA CIUDAD DE LA DORADA, UNAS POR FALTA DEL CORAZON 03 HASTA G1 DIA 14/10/24		

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?

30/09/2024 30/09/2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico

30 09 2024

5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

6. Otros antecedentes del asegurado

NINGUNO

Tiempo de evolución:

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? ☒ SI ☐ NO

Si su respuesta es afirmativa, indique cual TOMA DE MEDICAMENTOS PARA G1 CONTROL Y MONITORIZACION DE LOS SINTOMAS

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

SANITAS S.A.S.

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

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

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S., CALLE 10 # 13a-53, MONDA - TOLIMA

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
Nombre	Especialidad
Dirección	Ciudad

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
MEDICINA INTENSIVA DE TOLIMA	30 09 2024	01 10 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
CALLE 9 # 22a 193	MONDA	(8)2517771
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
ESE HOSPITAL SAN FELIX LA DORADA	09 10 2024	14 10 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
CALLE 12 # 5-20	LA DORADA	8392000



13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☒ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y ZONA DE MEDICAMENTOS

Rehabilitación (Detallar)

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

Si ☒ 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

OSCAR DONIGI SANCHEZ WILCHES

Teléfono

31149161222

Dirección

CALLE 12 # 26a - 34

Ciudad

MONDÓ, TOLIMA

Correo electrónico

odsw1994@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 MALAFE 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

odsw1994@hotmail.com

Lugar y Fecha

MONDÓ, TOLIMA - OCTUBRE/2024



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No. 1054561266

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.054.561.266

SANCHEZ WILCHES

APELLIDOS

OSCAR DANIEL

NOMBRES

OSCAR DANIEL SANCHEZ WILCHES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1994  
LA DORADA  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69

ESTATURA

A+

G.S. RH

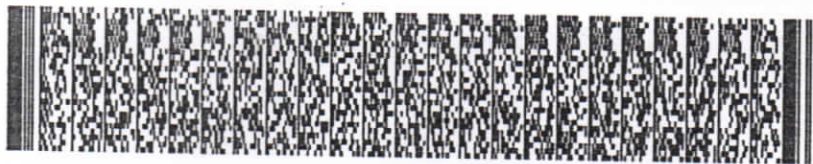
M

SEXO

26-JUN-2012 LA DORADA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0904900-00395494-M-1054561266-20120828

003092C269A 1

30665379