

Bogotá D.C. noviembre 27 de 2024

Señores  
**HOSPITALES, CLINICA Y EPS.**  
Ciudad.

REF:      Solicitud:      **COPIA DE HISTORIA CLINICA**  
         Asegurada:      **LUZ NEIRA INOCENTE OSORIO**


Respetados Señores:

Por medio de la presente nos permitimos solicitar de su valiosa colaboración para que nos expidan copia completa de la historia clínica correspondiente a la señora **LUZ NEIRA INOCENTE OSORIO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. **52.176.225**, de Bogotá.

La anterior con el fin de continuar con el trámite de la presente reclamación que cursa en **SEGUROS BOLIVAR S.A.** donde la asegurada está solicitando indemnización por incapacidad total y permanente.

Agradezco de antemano la pronta y valiosa colaboración prestada.

Atentamente



**JOSE IGNACIO LOAIZA CAPERA**  
Analista Externo de Seguros Bolívar S.A.  
Cel. 320 923 78 75

**Favor enviar respuesta a la calle 151 No. 109 A – 50 Casa 67 Tel. 601 551 51 31  
barrio Suba de Bogotá, y/o a los correos electrónicos [lm78ji79@gmail.com](mailto:lm78ji79@gmail.com) –  
[asigltda@hotmail.com](mailto:asigltda@hotmail.com)**





Bogotá, noviembre 26 de 2024

Señores  
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS  
La Ciudad

Referencia

Asegurada: **LUZ NEIRA INOCENTE OSORIO**  
Póliza: **5131004639418**  
Caso: **OVI-126298-1-2**

Cordial Saludo:

Por medio de la presente les informamos que la firma **ASIG LTDA.** con **NIT. 830.116.042.** y su funcionario **JOSE IGNACIO LOAIZA CAPERA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.604.975. de Bogotá, están autorizados por **SEGUROS BOLIVAR S.A.** para tramitar y obtener copia de la historia clínica correspondiente a la señora **LUZ NEIRA INOCENTE OSORIO**, identificada con cédula de ciudadanía **52.176.225.** quién está solicitando indemnización por incapacidad total y permanente.

No siendo otro al particular agradezco de antemano su pronta y valiosa colaboración prestada.

Cordialmente,

LINA MARIA AVILA M.  
Coordinación Indemnizaciones Vida  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.  
Gerencia de Operaciones  
Indemnizaciones Seguros de Vida  
LNSM

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

SEGUROS  
BOLÍVAR



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONE  
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXO

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario

1. Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos completos

LUZ NEIRA INOCENTE OSORIO

Edad

52

Dirección actual

Calle 79 sur # 63-39

Ocupación habitual

Desempleada

Amparo por el que desea reclamar

Vida ☐ Rentas ☐ Incapacidad total y permanente ☐ Enfermedades Graves ☐ Accidentes Personales ☐ Gastos Médicos ☐ Hospitalización ☐

Cédula

52.176.225

Ciudad

Bogota D.C

Teléfono

3228437492

En caso de fallecimiento, edad al morir

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa

☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio

Lugar

Bogota D.C

Fecha

2022

Dé un informe detallado de los hechos:

Desde el año 2022 vengo presentando problemas del corazón los cuales han sido diagnosticados y examinados por los médicos llegando al punto de perder mi capacidad laboral.

3. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
				<input type="text"/>
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
				<input type="text"/>
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
				<input type="text"/>
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
				<input type="text"/>
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
				<input type="text"/>

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

Primera vez ☐ Modificación ☐ Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago.

Tipo de cuenta

Número de cuenta

Nombre entidad financiera

Ahorros ☐ Corriente ☐

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

5. Envío de correspondencia

Nombre

LUZ NEIRA INOCENTE OSORIO

Dirección

Calle 79 sur # 63-39

Correo electrónico

laurapati12@hotmail.com

Teléfono

3228437492

Ciudad

Bogota D.C

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: ☒ Sí ☐ No



## 6. Autorizaciones

**1. HISTORIA CLÍNICA Y OTROS SEGUROS:** 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 sea 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.

**2. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para que trate 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: 1. Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 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. Realizar contactos para la medición del nivel de satisfacción respecto al trámite y/o servicio prestado por Compañía de Seguros Bolívar.

**3. 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: [servicioalcliente@segurosbolivar.com](mailto:servicioalcliente@segurosbolivar.com).

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para realizar el trámite de reclamación ante Compañía de Seguros Bolívar.

Al firmar declaro que toda la información suministrada en este formulario es veraz y está completa. 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.

Fecha

Luz Neiva Inocente

Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. 52.776.225



Huella



Apellidos  
INOCENTE OSORIO

NUIP 52.176.225

Nomes:  
**LUZ NEIRA**

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.56	F
Fecha de nacimiento	G.S.	
29 DIC 1971	O+	
Lugar de nacimiento		
VILLANUEVA (CASANARE)		

Fecha y lugar de expedición  
27 MAYO 1992, BOGOTÁ D.C.

Fecha de expiración  
17 NOV 2031

001249446

REGISTRADOR NACIONAL  
Alexander Vega Rocha

ICCOL001249446215001<<<<<<<<<  
7112292F3111172COL52176225<<<5  
INOCENTE<OSORIO<LUZ<NEIRA<<<<

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.604.975**

**LOAIZA CAPERA**

APELLIDOS

**JOSE IGNACIO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

**09-FEB-1972**

**COYAIMA**  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.71**

ESTATURA

**O+**

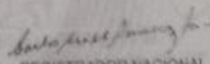
G.S. RH

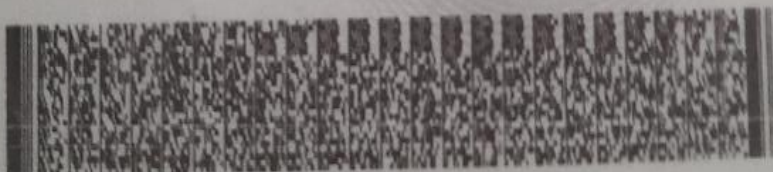
**M**

SEXO

**19-OCT-1990 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563653A 1

1230918739