

Bogotá D.C., 20 de noviembre de 2024

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

<b>ASUNTO:</b>	<b>SOLICITUD</b>	<b>HISTORIA CLINICA</b>
<b>REFERENCIA:</b>	<b>ASEGURADO</b>	<b>KATHERINE ALZATE MESA</b>
	<b>RECLAMO</b>	<b>OIV-124558-1</b>

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente a la señora **KATHERINE ALZATE MESA** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **42164370** 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 19 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	KATHERINE ALZATE MESA
		CEDULA CIUDADANIA	:	42164370
		RECLAMO	:	26600001150
		CONSECUTIVO	:	OIV-124558-1

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
Katherine Arzate Mesa		42164370
Edad	Dirección actual	Ciudad
39	Urbanización Santa Clara T1 b1 apt 401	Pereira
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 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	Lugar	Fecha
<input checked="" type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	Via Marsella - Pereira	08 07 2024

Dé un Informe detallado de los hechos: Me desplazaba con mi esposo de regreso a mi casa luego de laborar nuestro vehículo pierde estabilidad por arena y piedra y caemos recibiendo un fuerte golpe en mi Pie

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?

4. Fecha de diagnóstico por un médico

5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

6. Otros antecedentes del asegurado

Tiempo de evolución:

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

Si su respuesta es afirmativa, indique cual

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

Fomag

Es afiliado ☒

Beneficiario ☐

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

Red hospitalaria Pereira

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

Clinica de Fracturas

¿Desde hace cuánto tiempo?

el último mes

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

Nombre

Diego Fernando Laverde Osorio

Especialidad

Ortopedia

Dirección

Clinica de Fracturas

Ciudad

Pereira

Teléfono

3171747

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
Clinica de Fracturas Pereira	08 07 2024	08 07 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Av. Juan B Gutierrez # 18-60	Pereira	3171747
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Clinica de Fracturas Pereira	10 07 2024	11 07 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Av. Juan B Gutierrez # 18-60	Pereira	3171747



13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☒ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Me realizaron cirugía insertaron clavos deben ser retirados 6 semanas

Tratamientos Médicos (Detallar)

ritas de control y evolución

Rehabilitación (Detallar)

Terapias Posoperatorio a enviar en 3 semanas

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

Si ☒ No ☐

Tengo 30 días de incapacidad

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

Katherine Arzate Mesa

Teléfono

3116205940

Dirección

urbanización Santa Clara T1 b1 10pto 409

Ciudad

Pereira

Correo electrónico

Kathe.a.m@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 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

Kathe.a.m@hotmail.com

Lugar y Fecha

Pereira 13-07-2024



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No. 42164370

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No. 42164370

