



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
evelio macias anaconda		12143428
Edad	Dirección actual	Ciudad Teléfono
52	calle 2 sur - 4-03 este	san agustin 3124628927
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Docente		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/>	Rentas <input checked="" type="checkbox"/>	Incapacidad total y permanente <input type="radio"/> Enfermedades Graves <input type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos <input type="radio"/>

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

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	san agustin	30 10 2024
Dé un informe detallado de los hechos: me practicaron una cirugía y me incapacitaron		

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?

26/09/2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

26 09 2024

6. Otros antecedentes del asegurado

Tiempo de evolución:

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

Si su respuesta es afirmativa, indique cual síndrome del manguito rotatorio

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

Es afiliado ☐ Beneficiario ☐

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

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

¿Desde hace cuánto tiempo?

san agustin - huila

52

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

Nombre

Especialidad

Dirección

Ciudad

Teléfono

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

Dirección

Ciudad

Teléfono

2. Nombre del Centro Hospitalario

Fecha de Ingreso

Fecha de Salida

Dirección

Ciudad

Teléfono

¿Son sus Parentesco? ☒ Sí ☐ No

Tratamiento Quirúrgico (Cédula)

Tratamiento Médico (Cédula)

Saludación (Cédula)

14. Actualmente se encuentra trabajando? Si es así trabaje, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

☒ 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

Teléfono

Dirección

Ciudad

Correo electrónico

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

evellomacua24@gmail.com

Lugar y Fecha 30 de octubre 2024



Huella

Evelio Macías

Firma del Asegurado

C.C. No. 12143428

Evelio Macías


Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No. 12143428

5:53

Vo WiFi 41 %



 Foto principal



Descarga completa



Compartir



Editar



Lens



Borrar