

Bogotá D.C., 22 de noviembre de 2024

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

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	YEISON ANDRES MARIN MURILLO
	RECLAMO	OIV-125806-1

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 **YEISON ANDRES MARIN MURILLO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **45503953** 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 21 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	YEISON ANDRES MARIN MURILLO
		CEDULA CIUDADANIA	:	1053787237
		RECLAMO	:	26300000734
		CONSECUTIVO	:	OIV-125806-1

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 2 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

Yelson Andres Marin Munib

Cédula

1053797237

Edad

36

Dirección actual

Cl 50 a 3914

Ciudad

Manizales

Teléfono

3223194009

Ocupación habitual

Conductor

En caso de fallecimiento, edad al morir

Amparo por el que desea reclamar

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

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa

☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio

Lugar

Manizales

Fecha

08-09-2024

Dé un informe detallado de los hechos:

Hospitalizado por electroshock.

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?

02-09-2024

06-09-2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico

08-09-2024

5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

7 días

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.

SUA

Es afiliado ☒

Beneficiario ☐

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

Interconsultas Manizales

Cl 56-29-29

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

Camilo Andres Pelaez

Especialidad

Internista

Dirección

Clinica Audanti

Ciudad

Manizales

Teléfono

Nombre

Especialidad

Dirección

Ciudad

Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario

Audanti

Dirección

Cl 107 c 108

2. Nombre del Centro Hospitalario

Dirección

Fecha de Ingreso

08-09-2024

Ciudad

Manizales

Fecha de Ingreso

Ciudad

Fecha de Salida

13-09-2024

Teléfono

Fecha de Salida

Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☒

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

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

Dirección

Correo electrónico

Teléfono

Ciudad

Yelson Andres Main Huila

Cll 5a A 39 M

Yelsonmain39@gmail.com

327394109

Manizales

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.

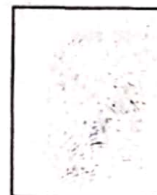
CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

Yelsonmain39@gmail.com

Lugar y Fecha

Manizales, Sep 22. 2024



Huella

Yelson

Firma del Asegurado

C.C. No.

103389237

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.053.787.237**
MARIN MURILLO

APELLIDOS
YEISON ANDRES

NOMBRES

Yeison

JP

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

18-JUL-1988

NEIRA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

18-JUL-2006 MANIZALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0913000-00356746-M-1053787237-20120120

0028982678A 1

37132192