

Bogotá D.C., 27 de noviembre 2024

Señores:

CLINICAS Y HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO: SOLICITUD HISTORIA CLINICA
REFERENCIA: ALDEMAR MALDONADO ARENAS
RECLAMO OIV-126827-1

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 asegurado **ALDEMAR MALDONADO ARENAS** identificado con la cédula de ciudadanía No. **91.346.054** quien fue atendido por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos fotocopia de la Declaración de asegurabilidad, copia de la cedula del asegurado, 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,



JIMMY DANIEL GOMEZ SIABATO

Analista externo de siniestros



Bogotá D.C 26 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	ALDEMAR MALDONADO ARENAS
		CEDULA CIUDADANIA	:	91346054
		RECLAMO	:	51300047367
		CONSECUTIVO	:	OIV-126827-1

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 5 DE DICIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES
PARA CRÉDITO DE CONSUMO Y COMERCIAL

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE NO APROBAR LA PRESENTE SOLICITUD DE SEGURO EN CASO DE SER OTORGADO EL SEGURO, ESTE ENTRARÁ EN VIGENCIA EN LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO ASOCIADO A LA PRESENTE SOLICITUD.

Fecha de Solicitud: 10/02/2022 Oficina: Piedecuesta Código Oficina: 0483 Cédula Funcionario: 1072671292

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: Aldemar Maldonado Arenas. Tipo de Identificación: C.C. No. de Identificación: 91346054 Fecha de Nacimiento: 11/07/1971
Dirección de Correspondencia: Cica 15 2-87 AP 604 Ciudad: Piedecuesta Departamento: Santander Teléfono de Contacto: 655 6297
Número Celular: 3186054171 Correo Electrónico: constructoramaldonadosas1@gmail.com Medicina Prepagada: NA EPS: Neva EPS

SEGURO DE VIDA

CRÉDITO EN TRÁMITE

Amparos Solicitados

• Vida • Incapacidad total y permanente

Línea de Crédito

Compra de Cartera

Valor del Crédito/Seguro solicitado

\$ 136 065 517

BENEFICIARIOS

Nombre o Razón Social	Parentesco	Calidad	% Participación
BANCO DAVIVIENDA		ONEROSO	Saldo insoluto de la deuda

IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD IMPORTANTE

Favor marcar con: "X" según corresponda a sus antecedentes médicos o estado de salud actual. Ha sufrido o le han diagnosticado

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Hipertensión Arterial?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	13. ¿Enfermedad de la Piel, Huesos o Articulaciones?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	14. ¿Tiene secuelas de alguna enfermedad o accidente?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. ¿Sobrepeso / Obesidad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	15. ¿Enfermedades Neurológicas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. ¿Enfermedades del Corazón?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	16. ¿Enfermedades Psiquiátricas o trastorno de Ansiedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. ¿Enfermedades de Arterias o Venas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	17. ¿Le han prescrito tratamiento por Alcoholismo o consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. ¿Diabetes?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	18. ¿En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento con medicamentos, terapias o psicoterapia por más de 6 meses, o tiene programada alguna cirugía o procedimiento quirúrgico?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	19. ¿Tiene sospecha de contagio o síntomas de COVID-19 o fue diagnosticado con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8. ¿Enfermedad Pulmonar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.1. ¿El diagnóstico de COVID-19 fue hace menos de 3 meses, o requirió hospitalización, o tiene secuelas de esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. ¿Enfermedad del Hígado?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
10. ¿Enfermedad de Riñones o Vejiga?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
11. ¿Enfermedades de la sangre o páncreas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
12. VIH positivo o SIDA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

*Cuando exista algún "SI" como respuesta, la aceptación del seguro queda condicionada a la valoración de la información médica del solicitante, que realice Seguros Bolívar.

DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. Conozco y doy fe que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad es verídico y que tengo el conocimiento de que esta solicitud formará parte integral de contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.). La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.).
2. Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y deberes como asegurado; las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, periodo de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otras; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro; los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo (art. 1058 Código de Comercio); las consecuencias de la mora en el pago de la prima. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas, y que en caso de requerir más información puedo consultar la página web www.segurosbolivar.com o a través de su línea de atención telefónica #322

AUTORIZACIONES

1. AUTORIZACIÓN PARA HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO. ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO REGISTRADO EN EL MISMO Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN LLAMANDO DESDE CELULAR AL #322, DESDE FIJO EN BOGOTÁ AL 3122122 O A LA LÍNEA 018000123322 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE BOGOTÁ.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Identificación No. 91346054





1. Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos completos		Cédula
Aldemar Maldonado Arenas		91346054
Edad	Dirección actual	Teléfono
52	Carrera 15 # 2-87 Condominio Monte Real Apto 604	3186054171
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Comerciante	52	
Amparo por el que desea reclamar		
<input checked="" type="radio"/> 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"/> Hospitalización <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	Piedecuesta - Santander	10.11.2023
<p>Dé un informe detallado de los hechos:</p> <p>Accidente de tránsito presentado sentido sur norte a las 11:11 y el cual se registra deceso del asegurado a las 11:59.</p> <p>La Fiscalía abre investigación por Homicidio culposo.</p>		

3. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Nubia Valderama Celis	Esposa	63475163	Ferroelectronicoselarrero@gmail.com	
Mario Paula Maldonado	Hija	1.102.634.104	maldonadop701@gmail.com	
Diego Fernando Maldonado	Hijo	1.102.388.020	inmueblesmaldonado7@gmail.com	
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

Primera vez <input type="radio"/> Modificación <input type="radio"/>	Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago.	
Tipo de cuenta	Número de cuenta	Nombre entidad financiera
Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>		

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	Teléfono
Diego Fernando Maldonado Valderama	3103311417
Dirección	Ciudad
Carrera 15 # 2-87 local 3 Condominio Monte Real	Piedecuesta
Correo electrónico	
inmueblesmaldonado7@gmail.com	
Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	

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.

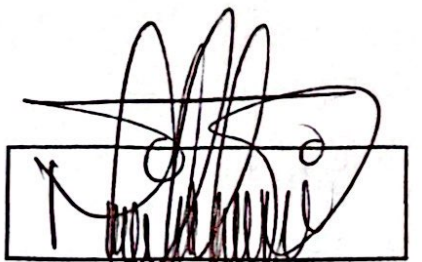
3. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los 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.

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

20 11 2024


Asegurado o Beneficiario Reclamante
C.C. No. 63 97 5163 -



Huella



REPÚBLICA DE COLOMBIA



01 FEB 2024

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

10832418

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría Notaria Consulado Corregimiento Insp. de Policía Código Q7T

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

MALDONADO ARENAS ALDEMAR

Documento de identificación (Clase y número)

Cédula de Ciudadanía Nro. 91.346.054

Sexo (en Letras)

Masculino

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - PIEDECUESTA

Fecha de la defunción

Año 2023

Mes NOV

Día 10

Hora 11:59

Número de certificado de defunción

23111320410252

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de la sentencia

Año

Mes

Día

Documento presentado

Autorización judicial

Certificado Médico

X

Nombre y cargo del funcionario

MD LIZETH MAYDA RUIZ LAZARO RM 1098774806 MEDICO

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

VASQUEZ GUTIERREZ EDGAR JAVIER

Documentos de Identificación (Clase y número)

Cédula de Ciudadanía Nro. 91.474.430

Firma

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documentos de Identificación (Clase y número)

Nro. XXXXXXXXXXXXXXX

01 FEB 2024



Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documentos de Identificación (Clase y número)

Nro. XXXXXXXXXXXXXXX

Firma

Fecha de inscripción

Año 2023

Mes NOV

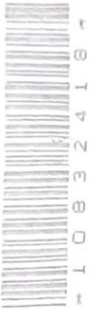
Día 14

Nombre y firma del funcionario

CLARA LUCIA CRISPIN PABÓN

CASO N° 680016000159202380498 DE FECHA 10/11/2023 FDO. EDDY PINTO SIERRA - GRUPO DE
FLAGRANCIAS - URI FISCALIA BUCARAMANGA.

Clara Lucia Crispin Pabón



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Notaría

Primera de Floridablanca

01 FEB 2024

SNR SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO
La guarda de la fe pública

LA SUSCRITA NOTARIA PRIMERA ENCARGADA DEL CÍRCULO DE FLORIDABLANCA
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
REPUBLICA DE COLOMBIA.



HACE CONSTAR:

Que el presente Folio es fiel y Auténtica copia tomada del documento original, el cual reposa en el archivo de Registro Civil de este Despacho. Registro Civil de **DEFUNCIÓN** con Indicativo Serial No. **10832418** de fecha **Catorce (14)** día(s) del mes **Noviembre** del año **Dos mil Veintitrés (2023)**.

Se expide en el municipio de Floridablanca, Santander; a los **Un (01)** día(s) del mes **Febrero** del año **Dos mil veinticuatro (2024)**

VALIDO PARA TRÁMITES LEGALES Y/O JUDICIALES.

Clara Lucia Crispín Pabón

NOTARIA PRIMERA ENCARGADA CIRCULO DE FLORIDABLANCA

ELAB: CLAUDIA MANRIQUE



01 FEB 2024



MinJusticia
Ministerio de Justicia
y del Derecho

PROSPERIDAD
PARA TODOS

Notaría Primera de Floridablanca (Sder)
Notario Efraín Fandiño Marín
Dirección: Calle 5 No. 5 - 73
Teléfono: 6187800 - 6185899 - 6803855
Email: notariaprimerafloridablanca@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91.346.054**
MALDONADO ARENAS

APELLIDOS

ALDEMAR

NOMBRES

Aldeamar Rafael Maldonado Arenas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1971

PIEDRECUESTA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

O+
G.S. III

M
SEXO

11-DIC-1989 **PIEDRECUESTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2716000-00135812-M-0091346054-20081211

0007882630A 1

7390010356

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.052.401.310**

GÓMEZ SIABATO

APELLIDOS

YIMMY DANIEL

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1993**

JENESANO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 **AB+** **M**

ESTATURA G.B. RH SEXO

21-MAR-2012 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Daniel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS DANIEL SANCHEZ TORRES



P-0707900-00371365-M-1052401310-20120428 0029737458A 1 30132999



ATD LTDA
ASESORES & CONSULTORES



Jimmy Gomez
c.c. 1.052.401.310
Analista de Siniestros

RH: AB+ EPS: Nueva EPS
www.atdltida.com