

Bogotá D.C., 13 de noviembre de 2024

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

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	JUAN ANDRES PINO MUÑOZ
	RECLAMO	OIV-125753-1

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente a la señora **JUAN ANDRES PINO MUÑOZ** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **4695744** 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 13 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JUAN ANDRES PINO MUÑOZ
		CEDULA CIUDADANIA	:	4695744
		RECLAMO	:	35530000467
		CONSECUTIVO	:	OIV-125753-1

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 24 DE NOVIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Hospitalizado 10 días por Infección Renal

Rehabilitación (Detallar)

tratamiento Ambulatorio

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

Juan Andres Pino Muñoz

Teléfono

312 239 2037

Dirección

calle 15 # 1E-26 Urb. Las ferias

Ciudad

Popayán

Correo electrónico

andropino@yahoo.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

andropino@yahoo.com

Lugar y Fecha

Popayán NOV. 6-2024



Huella

Juan Andres Pino Muñoz
Firma del Asegurado
C.C. No. 4695.744

Firma del Beneficiario reclamante
C.C. No.



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula
Juan Andrés Pino Muñoz		4-695-744
Edad	Dirección actual	Ciudad
54	calle 15 # 1E-26 Ur. ferias	popayán
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Docente de Aula		
Amparo por el que desea reclamar		
<input type="checkbox"/> Vida <input checked="" type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Gastos Médicos		

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha
<input type="checkbox"/> Accidente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Suicidio	popayán	13 10 2024

Dé un informe detallado de los hechos:
Hospitalizado durante 10 días por Infección Renal en el Hospital Susana López de Valencia.

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? ☒ Sí ☐ No

Si su respuesta es afirmativa, indique cual
Tratamiento ambulatorio con antibióticos.

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

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

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

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	Especialidad
Dirección	Ciudad
Nombre	Especialidad
Dirección	Ciudad

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Hospital Susana López de Valencia	13 10 24	22 10 24
Dirección	Ciudad	Teléfono
	popayán	
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Dirección	Ciudad	Teléfono

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.695.744

PINO MUÑOZ

APELLIDOS

JUAN ANDRES

NOMBRES

Juan Andres Pino

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ENE-1970

LA VEGA
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

30-MAY-1988 LA VEGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Andrés José Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARE DE ANIL SANCHEZ TORRES



A-1100400-00153103-M-0004695744-20090319

0010426291A 1

27019531