

Bogotá D.C., 26 de julio de 2024

Señores

CLINICAS Y/U HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	CLAUDIA LILIANA MARTINEZ RANGEL
	RECLAMO	OIV-113409-1

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 **CLAUDIA LILIANA MARTINEZ RANGEL** identificado con la Cédula de ciudadanía No. **63475906** 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 25 de julio de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	CLAUDIA LILIANA MARTINEZ RANGEL
		CEDULA CIUDADANIA	:	63475906
		RECLAMO	:	25420000234
		CONSECUTIVO	:	OIV-113409-1

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 AGOSTO 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)

Rehabilitación (Detallar)

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

Si ☐ No ☒ 3 años

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

Claudia Liliana Martínez Rangel

Teléfono

3186919108

Dirección

Carrera 7 # 10-30 Santa Ana

Ciudad

Aguachica Cesar

Correo electrónico

lilianarangel1822@gmail.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

lilianarangel1822@gmail.com

Lugar y Fecha

26-06-2024



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No. 63475906

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 Claudia Liliana Martinez Rangel		Cédula 63.475-906
Edad 51	Dirección actual Carrera 7 # 10-30	Ciudad Aguachica
Ocupación habitual Ama de casa		Teléfono 3186919108
En caso de fallecimiento, edad al morir		
Amparo por el que desea reclamar		
<input type="radio"/> Vida <input type="radio"/> Rentas <input checked="" type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input type="radio"/> Enfermedades Graves <input type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos		

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa <input type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	Lugar Clinica San Luis Bucaramanga	Fecha 17 05 2024
Dé un informe detallado de los hechos: Ingreso a las 11 am. a la clinica San Luis, para realizar una cirugía ambulatoria, para retirar polipo, de grado, con diagnóstico de hiperplasia de glándula endometrial.		

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.

Salud Total EPS S.A

Es afiliado ☐ Beneficiario ☒

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

MBS Soluciones S.A.S. Aguachica Carrera 28 # 5-30 B. La Union

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 Teléfono
Nombre	Especialidad
Dirección	Ciudad Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario Clinica San Luis	Fecha de Ingreso 17 05 2024	Fecha de Salida 17 05 2024
Dirección Calle 48 # 25-56 B. Sotomayor	Ciudad Bucaramanga	Teléfono 6438026
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Dirección	Ciudad	Teléfono



Scanned_2...



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **63.475.906**
MARTINEZ RANGEL

APELLIDOS
CLAUDIA LILIANA

NOMBRES

Claudia Rangel
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **06-FEB-1973**
PIEDRECUESTA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-MAR-1992 **PIEDRECUESTA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Alexander Vega Rocha
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-2716000-01293810-F-0063475906-20220501 0078995081A 1 8504514480

