

Bogotá D.C 5 de noviembre de 2024

Señores
ATD LTDA.
Atn. Sra. Idaly Perdomo
Ciudad.

Referencia: INVESTIGACION

INVESTIGACION : GRUPO ASEGURADO : GINA LIZETH MARTINEZ HERNANDEZ

CEDULA CIUDADANIA : 1105790107 RECLAMO : 10080000004 CONSECUTIVO : OIV-124935-1

Solicitamos a ustedes realizar:

_x _  	INVESTIGACION COMPLETA INVESTIGAR HISTORIA ANTECEDENTES PENALES VERIFICACIÓN CALIFICACION RENUNCIA PROTOCOLARIA				
Para efecto adjuntamos:					
	FOTOCOPIA DE LA POLIZA REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO OTROS				
OBSERVACIO	ONES:				
EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 17 DE NOVIEMBRE 2024					
Agradecemos su colaboración.					

Asistente de Siniestros COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



## FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES

¿Desde hace cuánto tiempo?

Teléfono

Ciudad

Bohota

BOLIVAR (2)/		UROS DE VIDA por el Asegurado o Bene	
1. Datos Generales			
Nombre completo del Asegurado		Cédula	
Gina Lizeth Martinez Hernandez		1105790107	
Edad Dirección actual		Ciudad	Teléfono
29 Cra111 #19a-69		Bogota	3138109595
Ocupación habitual	En caso de falleci	miento, edad al morir	
Auxiliar contable			
Amparo por el que desea reclamar			
Vida	Enfermedades Graves	Accidentes Personales	Gastos Médicos
2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento	ES INDISPENSABLE ADJUNTAR	HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENE	ES DE DIAGNÓSTICO.
Causa	.ugar		Fecha
○ Accidente    Enfermedad    Homicidio    Suicidio			DD MM AAAA
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas?	En qué fecha consultó por pi	rimera vez a un médico en r	ralación con su anfermed
·		illiela vez a uli illeulco eli i	elacion con su emermeda
	30 de sentiembre volución de esta enfermeda	d	
02DD 10 MM 2024AAA		u	
02DD 10 MM 2024AAA 6. Otros antecedentes del asegurado		u .	
		u	
	_ Tiempo de evolución:	V	
6. Otros antecedentes del asegurado	Tiempo de evolución:	<b>V</b>	
6. Otros antecedentes del asegurado	_ Tiempo de evolución:	<b>u</b>	
5. Otros antecedentes del asegurado  7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? Si⊙	Tiempo de evolución: No ()		
6. Otros antecedentes del asegurado  7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? Si  Si su respuesta es afirmativa, indique cual  Anticoagulantes Atorvastatina, Ácido acetil salicilico, clopido	Tiempo de evolución: No ()		
6. Otros antecedentes del asegurado  7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? Si  Si su respuesta es afirmativa, indique cual	Tiempo de evolución: No ()		Beneficiario (

I	lps bienestar				
	11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:				
	Nombre		English to Pale of		
	Nombre		Especialidad		
	Climaco Ernesto Ojeda Moncayo		Neurologia		
	Dirección	Ciuda	ad	Teléfono	
I	Hospital universitario mayor mederi	Bogot	ta		
	Nombre		Especialidad		
T	losé Luis Pira Paredes		Fisiatra		

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

Hospital universitario mayor meredi

Dirección

lps sede bienestar fontibon calle 25g#99-42

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

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida	
Clínica la nueva el lago	DD MM AAAA	DD MM AAAA	
Dirección	Ciudad	Teléfono	
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida	
Hospital universitario mayor meredi	DD MM AAAA	DD MM AAAA	
Dirección	Ciudad	Teléfono	

	13. ¿Tratamientos	Pendientes? S	IO NOO				
	Tratamientos Quirúrgicos (Detallar )						
	Tratamientos Médicos (Detallar )						
	Controles medico general, fisiatra, neurologo						
	Rehabilitación (Det	tallar)					
	Terapias física,ler	nguaje y ocupacion	al				
	44 - 4 - 6 - 1 6		1.00'				
1	SiO No O	Desde el 30 de se		ajando, ¿hace cuánto tie	empo no trabaja?		
			<u> </u>				
	15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:  BENEFICIARIOS						
d	1. Nombre		Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	)	Firma
	2. Nombre		Parentesco	Cédula	Correo Electrónico		Firma
	3. Nombre		Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	)	Firma
d	4. Nombre		Parentesco	Cédula	Correo Electrónico		Firma
	5. Nombre		Parentesco	Cédula	Correo Electrónico		Firma
					1		
	16. Envío de corres	pondencia. Favor in	dicar el lugar de en	vío de correspondencia			
	Nombre				Telé	fono	
	Maria Liliana Herr	nandez					
	Dirección Cra 8a#16-18 tan	ne aralica			Ciudad		
	Correo electrónico						
	malihero1976@gn	mail.com					
	DECLARO QU	JE TODAS MIS RE	SPUESTAS SON	VERDADERASYCC	MPLETAS.		
	EN CALIDAD	DE ASEGURADO	AUTORIZO OU	E AÚN DESPUÉS DE	MIFALLECIMIE	NTO LA COMPAÑ	ÍA ACCEDA A
	TODA LA INFO	ORMACIÓN MÉDI	<b>CAQUE REQUIE</b>	RA, INCLUYENDO N	II HISTORIA CLÍNI	CA COMPLETA, B	IEN A TRAVÉS
				S MÉDICOS QUE MI			
	RECLAMACIO		PODER DE LA	A ASEGURADORA,	NO PODRA EN	IENDERSE FORI	WALIZADA LA
				S BOLÍVAR S.A. S		COMPAÑÍAS D	E SEGUROS
	INFORMACIO	ON SOBRE LOS SE	EGUROS SIMILA	RES QUE TENGA CO	NIRAIADOS.		
	CONOZCO Q	UE LA MALA FE	EN LA RECLAMA	ACIÓN O EN LA CON	IPROBACIÓN DE	L DERECHO AL P	AGO DE ESTE
	SEGURO CAL	JSARÁ LA PÉRDI	DA DEL DERECH	IO AL PAGO.			
	Autor	izo que las comu	nicaciones sean	enviadas al correo e	electrónico		
Maria liliana hernandez							
Lugar y Fecha Cra8a #16-18 tame arauca							
						Huella	
	Firma del Asegurado Firma del Beneficiario reclamante						
Firma del Asegurado				riiiia u		iaiiiaiile	

C.C. No. 1105790107

C.C. No. 38287889

REPÚBLICA DE COLOMBIA IDENTIFICACIÓN PERSONAL CÉDULA DE GIUDADANÍA

NUMERO 1.105.790.107 MARTINEZ HERNANDEZ

APELLIDOS GINA LIZETH

NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1995 HONDA (TOLIMA) LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA O+ GS RH

05-JUN-2013 HONDA FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



INDICE DERECHO



R-2906400-01264961-F-1105790107-20211110

0076276663A 1