

Bogotá D.C., 8 de noviembre de 2024

Señores

CLINICAS Y/U HOSPITALES

Estadística y/o Archivo

Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	YENNY TUSSY WEICH LASSO
	RECLAMO	OIV-125152-1

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 **YENNY TUSSY WEICH LASSO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **39647787** 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

Calle 98 # 68 – 63 Maderos de la Floresta Torre 3 Oficina 302, Bogotá D.C.

Teléfono 5972019 Celular 313 6187278 - 310 3110071

e-mail: analistas.siniestros@gmail.com – analistas.siniestros@atdltlda.com

Bogotá D.C. – Cali – Pasto – Neiva – Medellín – Barranquilla – Bucaramanga



Bogotá D.C 6 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	YENNY TUSSY WEICH LASSO
		CEDULA CIUDADANIA	:	39647787
		RECLAMO	:	10030000196
		CONSECUTIVO	:	OIV-125152-1

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 18 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
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
YENNY TOSSY WEICHLASSO		39.647.787
Edad	Dirección actual	Teléfono
56	CALLE 36 BIS # 3B-41 SUR.	322 891 4518
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
EMPLEADA		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input type="radio"/> Enfermedades Graves <input checked="" type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos <input type="radio"/>		

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha
<input type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	Bogotá	DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos:		
Tumor maligno del tejido conectivo u tejido blando del miembro inferior incluida la cadera		
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?		
2 años Noviembre del año 2023		
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
26 Enero 2024 Dos años		
6. Otros antecedentes del asegurado		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual		
8. Indique el nombre de su E.P.S.		
COMPENSAR		
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente		
Es afiliado <input checked="" type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>		
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	
Tatiana Fandino Reyes	Cirujía Oncológica	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Av. de la América 71C-29	Bogotá	425 46 20
Nombre	Especialidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario		Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Clínica del Occidente		30 07 2024	08 08 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono	
Avenida de la América 71C-29	Bogotá	425 46 20	
2. Nombre del Centro Hospitalario		Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
		DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono	

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☒ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Pendiente Programar la fecha de la cirugía.

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

YENNY TUSSY WEICH LASSO

Teléfono

322 8914518

Dirección

CALLE 36 BIS # 36-41 SUR

Ciudad

Bogotá

Correo electrónico

YENNYTUSSYWEICH@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

Si Autorizo

Lugar y Fecha

Bogotá, OCT 2024



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No.

* Jenny Weich

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No. 34 647 787.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.647.787**

WEICH LASSO

APELLIDOS

YENNY TUSSY

NOMBRES

Yenny Weich

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

18-AGO-1967

LUGAR DE NACIMIENTO
1.60

O+

F

ESTATURA

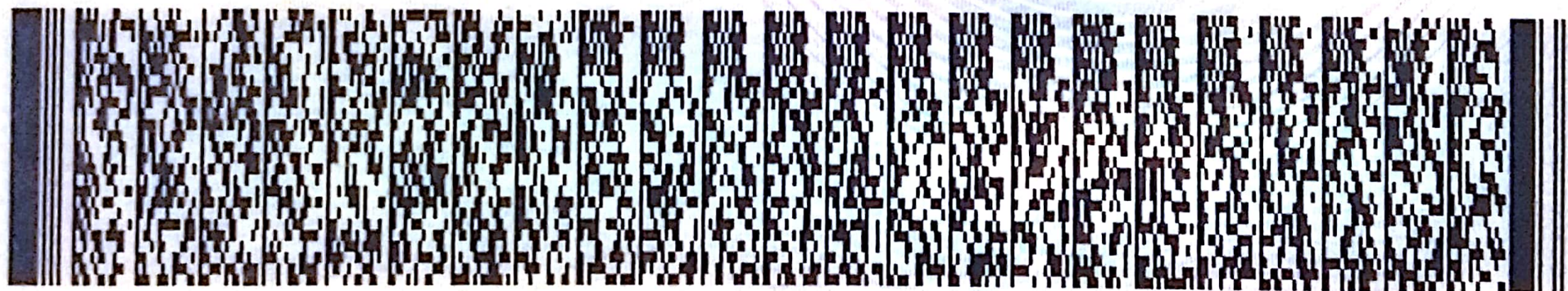
G.S. RH

SEXO

12-SEP-1986 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00090201-F-0039647787-20081007

0004081368A 1

1610005427

REGISTRADURA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL