

Bogotá D.C. noviembre 21 de 2024

Señores
HOSPITALES, CLINICA Y EPS.
Ciudad.

REF: Solicitud: **COPIA DE HISTORIA CLINICA**
 Asegurado: **JUAN JOSE PALMA ARIAS**

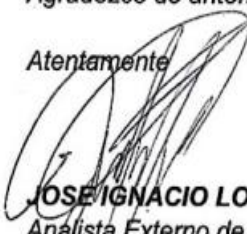
Respetados Señores:

Por medio de la presente nos permitimos solicitar de su valiosa colaboración para que nos expidan copia completa de la historia clínica correspondiente al señor **JUAN JOSE PALMA ARIAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **79.379.569**, de Bogotá.

La anterior con el fin de continuar con el trámite de la presente reclamación que cursa en **SEGUROS BOLIVAR S.A.** donde el asegurado está solicitando indemnización por incapacidad total y permanente.

Agradezco de antemano la pronta y valiosa colaboración prestada.

Atentamente



JOSE IGNACIO LOAIZA CAPERA
Analista Externo de Seguros Bolívar S.A.
Cel. 320 923 78 75

**Favor enviar respuesta a la calle 151 No. 109 A – 50 Casa 67 Tel. 601 551 51 31
barrio Suba de Bogotá, y/o a los correos electrónicos lm78ji79@gmail.com –
asigltda@hotmail.com**





Bogotá, noviembre 20 de 2024

Señores
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **JUAN JOSE PALMA ARIAS**
Reclamo: **5130004733422**
Caso: **OVI-126267-1**

Cordial Saludo:

Por medio de la presente informamos que la firma **ASIG LTDA.** con **NIT. 830.116.042.** y su funcionario **JOSE IGNACIO LOAIZA CAPERA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.604.975. de Bogotá, están autorizados por **SEGUROS BOLIVAR S.A.** para tramitar y obtener copia de la historia clínica correspondiente al señor **JUAN JOSE PALMA ARIAS**, identificado con cédula de ciudadanía **79.379.569.** quién está solicitando indemnización por incapacidad total y permanente.

No siendo otro al particular agradezco de antemano su pronta y valiosa colaboración prestada.

Cordialmente,

LINA MARIA AVILA M.
Coordinación Indemnizaciones Vida
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Gerencia de Operaciones
Indemnizaciones Seguros de Vida
LNSM

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario

1. Datos del Asegurado

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| Nombre y Apellidos completos JUAN JOSE PALMA ARIAS | | Cédula 79.379.569 | |
| Edad 58 | Dirección actual CRA 28A 49A-90 | Ciudad BOGOTÁ | Teléfono 311 477 6831 |
| Ocupación habitual PENSIONADO | | En caso de fallecimiento, edad al morir | |
| Amparo por el que desea reclamar | | | |
| Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input checked="" 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 <input type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio | Lugar BOGOTÁ | Fecha DD / MM / AAAA |
| Dé un informe detallado de los hechos: Después de tomar el seguro me realizaron valoración medica donde se evidencio atrofia testicular derecha y perdida funcional de testiculo derecho, igualmente se evidencio atrofia y perdida funcional de la mano derecha por examen medico y electromiografia, motivos por los cuales me realizaron junta medico laboral en 30 de mayo de 2024 donde me declararon no apto para trabajar por incapacidad permanente, disminucion de la capacidad laboral del 59.92% y sin re-ubicación laboral, junta de la cual fui notificado el 17 de junio del presente año. Motivo por los cuales tampoco me renovaron contratos de prestación de servicios en el IDRD, ingresos con los que estaba pagando la cuota mensual de la camioneta, crédito que tengo con el banco DAVIVIENDA y seguro que lo respalda con ustedes. Teniendo en cuenta el Decreto 917 de 1999 "Manual Único de Calificación de Invalidez" ARTICULO 2. DEFINICIONES DE INVALIDEZ, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, CAPACIDAD LABORAL Y TRABAJO HABITUAL. Para efecto de la aplicación y cumplimiento del presente decreto, adóptense: Literal a) invalidez: se considera con invalidez la persona que, por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral. | | |

3. 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 |

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

| | | |
|---|---|--|
| Primera vez <input checked="" type="radio"/> Modificación <input type="radio"/> | Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago. | |
| Tipo de cuenta Ahorros <input checked="" type="radio"/> Corriente <input type="radio"/> | Número de cuenta 488438328780 | Nombre entidad financiera BANCO DAVIVIENDA |

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 JUAN JOSE PALMA ARIAS | Teléfono 311 477 6831 |
| Dirección CARRERA 28A # 49A - 90 | Ciudad BOGOTÁ |
| Correo electrónico juanjoa40@gmail.com | |
| Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | |

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

18 09 2024



Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. 79.379.569 de Bogotá





Huella

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO **79.379.569**
PALMA ARIAS
APELLIDOS
JUAN JOSE
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-1966**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.82 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-JUN-1984 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENDIFO LOPEZ
A-1500115-45146041-M-0079379569-20060522 0361406141A 02 204143273



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.604.975**

LOAIZA CAPERA

APELLIDOS

JOSE IGNACIO

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1972**

COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

ESTATURA

O+

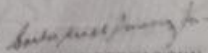
Q.S. RH

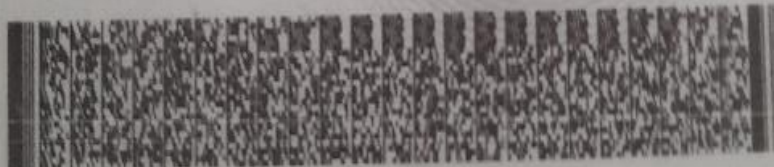
M

SEXO

19-OCT-1990 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563553A 1

1230918739