



Bogotá D.C 5 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JUAN CAMILO GUAMANGA GAITAN
		CEDULA CIUDADANIA	:	1082215641
		RECLAMO	:	26710000589
		CONSECUTIVO	:	OIV-124236-1

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 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  
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS  
Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula	
JUAN CAMILO GUAMANGA GAITÁN			
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
31	CL 49 C S 37 170 T 7 503		
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
CONTADOR PÚBLICO			
Amparo por el que desea reclamar			
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 <input type="radio"/>			

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha
<input checked="" type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio		DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos: CAIDA SOBRE NIVEL QUE GENERO FRACTURA EN EL DEDO MEÑIQUE DE LA MANO DERECHA		

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

27 09 2024

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.

SANITAS EPS

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

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

Calle 26 #3w-98 CLINICA MEDILASER SEDE ABNER LOZANO - NEIVA HUILA

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
CARLOS ALBERTO RUBIANO RODRIGUEZ	CIRUJANO DE MANO
Dirección	Ciudad Teléfono
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
CLINICA MEDILASER SEDE ABNER LOZANO	27 09 2024	8 10 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 26 #3w-98	NEIVA	
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)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no está 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 CAMILO GUAMANGA GAITAN

Teléfono

3136546215

Dirección

CL 49C S 37 170 T7 APTO 503

Ciudad

NEIVA

Correo electrónico

JCG92CONTADOR@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

jcg92contador@gmail.com

Lugar y Fecha NEIVA HUILA 23/10/2023



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No. 10624567

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.



 **FECHA DE NACIMIENTO** 03-DIC-1992  
**PITALITO**  
(HUILA)  
**LUGAR DE NACIMIENTO**  
**1.70** **O+** **M**  
**ESTATURA** **G.S. RH** **SEXO**  
**06-DIC-2010 YAGUARA**  
**FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION** *Carlos Ariel Sánchez Torres*  
**REGISTRADOR NACIONAL**  
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

INDICE DERECHO



P-1909400-00280449-M-1082215641-20110209 0025729953A 1 33569954

REPUBLICA DE CHILE

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

**NUMERO** 1.082.215.641  
**GUAMANGA GAITAN**

**APELLIDOS**  
**JUAN CAMILO**

**NOMBRES**  
*Juan Guamanga G.*  
**FIRMA**

