

Bogotá D.C. noviembre 12 de 2024

Señores
HOSPITALES, CLINICA Y EPS.
Ciudad.

REF: **Solicitud:** **COPIA DE HISTORIA CLINICA**
 Asegurado: **LEONARDO FUENTES DE LA CRUZ**


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 **LEONARDO FUENTES DE LA CRUZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **19.708.716**. de Bosconia.

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

15
años



Bogotá, noviembre 08 de 2024

Señores
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **LEONARDO FUENTES DE LA CRUZ**
Reclamo: **5132061228003**
Caso: **OVI-124970-1**

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 **LEONARDO FUENTES DE LA CRUZ**, identificado con cédula de ciudadanía **19.708.716.** 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



Fecha de Solicitud	Código Oficina	Cédula Funcionario	Correo electrónico del funcionario que gestiona	
21/02/2022	3220	1101388218		
Nombres y Apellidos del Solicitante		Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de Nacimiento
Leonardo Fuentes		C.C. @ C.E. @	19108416	15/01/1996
Peso (kg)	Estatura (mts)	Medicina Prepagada	EPS	Teléfono Celular
80	1.70		Salud Total	311 356104
Correo Electrónico				
Leonardo.1582@Hotmail.com				
Amparos Solicitados		Incremento	Línea de Crédito	Valor del Crédito/Seguro solicitado
• Vida • Incapacidad total y permanente		SI <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>		\$
Beneficiarios - Nombre o Razón Social		Parentesco	Calidad	% Participación
BANCO DAVIVIENDA			ONEROSO	Saldo insoluto de la deuda

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD IMPORTANTE

Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante. Cualquier falta a la verdad, causa la nulidad del contrato de seguro. (Art. 1058 y 1158 Código de Comercio).

Favor marcar con "x" según corresponda a sus antecedentes médicos o estado de salud actual.

Le han diagnosticado o ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?

1. ¿Accidente cerebrovascular (ACV), trombosis o derrame cerebral, o sufre de artritis?

2. ¿Diabetes, o enfermedades cardiovasculares?

3. ¿Algún tipo de cáncer, leucemia o linfoma (con excepción de cáncer basocelular de piel)?

4. ¿HIV positivo?

5. ¿Depresión o ansiedad?

6. ¿Tiene pérdida física o funcional de alguno de sus brazos, de sus piernas, de sus ojos o de sus oídos?

7. ¿En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento con medicamentos, terapias o psicoterapia por más de 6 meses?

8. ¿Tiene sospecha de contagio o síntomas de COVID-19 o fue diagnosticado con COVID-19?

8.1. ¿El diagnóstico de COVID-19 fue hace menos de 3 meses, o requirió hospitalización, o tiene secuelas de esta enfermedad?

SI NO
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒
☐ ☒

DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. La manifestada en la declaración de asegurabilidad es verídica y tengo conocimiento de que esta solicitud formará parte integral del contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que pueden existir en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondió a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1056 y 1158 del C. Co.).

Acepto que la póliza o la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a SEGUROS BOLÍVAR a asumir ningún tipo de indemnización, por eventos ocurridos antes de la fecha de expedición de la póliza, si ésta es aprobada.

2. Dado que he sido informado sobre mis derechos y deberes como asegurado, las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, periodo de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otros; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados para la redención de un siniestro; los canales para formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas, y que en caso de requerir más información puedo consultar la página web www.segurosbolivar.com o a través de su línea de atención telefónica R322.

AUTORIZACIONES

1. AUTORIZO AL BANCO DAVIVIENDA: Para que de ser otorgado el crédito y los seguros, se carguen sobre el valor de la cuota mensual del crédito, el valor de las primas de los seguros que resulten ser aprobados.

2. Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, entendiéndose lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

3. Utilización de datos personales (Ley 1581 de 2012) Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. en adelante LA COMPAÑÍA, para que trate los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales, puestos a mi disposición el hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de la compañía, pueden revelarse datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera expresa su tratamiento.

4. Grupo Bolívar: Conozco que LA COMPAÑÍA hace parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción: Nuestras Compañías. En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

5. 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. 688-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea R322 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: serviciocliente@segurosbolivar.com o asistencia@segurosbolivar.com. Para ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. Correo físico: Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9 en Bogotá D.C. y correo electrónico: serviciocliente@asistenciabolivar.com.

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO.

ORIGINAL: COMPAÑÍA DE SEGUROS

Feb. 21



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: **Leonardo Fuentes de la Cruz** Cédula: **19708716**
 Edad: **42** Dirección actual: **Calle 42 B Sur N 74 B 25** Ciudad: **Bogotá** Teléfono: **3123336949**
 Ocupación habitual: **desempleado** En caso de fallecimiento, edad al morir:
 Amparo por el que desea reclamar:
 Vida ☐ Rentas ☐ Incapacidad total y permanente ☒ Enfermedades Graves ☐ Accidentes Personales ☐ Gastos Médicos ☐ Hospitalización ☐

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa: ☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio Lugar: **Bogotá** Fecha:
 De un informe detallado de los hechos:
Hace Aproximadamente empecé a sufrir de insuficiencia Cardíaca por Hipertensión donde el Cardiólogo me manifestó que mi corazón solo está funcionando el 30%. Se me dificulta para caminar por que me daño.

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 ☐ Modificación ☐ Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago.
 Tipo de cuenta:
 Ahorros ☐ Corriente ☐ Número de cuenta:
 Nombre entidad financiera:
 Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mí favor se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

5. Envío de correspondencia

Nombre: **Leonardo Fuentes de la Cruz** Teléfono: **3123336949**
 Dirección: **Calle 42 B Sur N 74 B 25** Ciudad: **Bogotá**
 Correo electrónico: **LauraPati12@hotmail.com**
 Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: Si ☐ No ☐

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 historia clínica completa, sean sea a través de los centros hospitalarios o de los médicos que me han atendido. Acepto que mientras tal información no está 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.

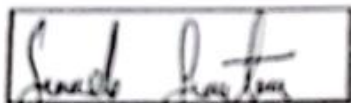
2. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para que trate los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recordatorios bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que surgen a través de los canales de atención física, telefónica y virtual que estén a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para los siguientes fines: 1. Trámite 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 situaciones que permitan dar lugar a omisiones o inconsistencias 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: Como físico: Avenida El Dorado No. 600-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea 8007 para llamadas desde cualquier línea, la línea 0110000123333 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 2122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: serviciocliente@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.

Aj firmar declaro que toda la información suministrada en este formulario es veraz y está completa. Consciente que la falta de veracidad en la comprobación del derecho al pago de este seguro, causará la pérdida del derecho al pago.

Firma



Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. 19 708 796



Huella

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19708716**

FUENTES DE LA CRUZ
APELLIDOS

LEONARDO
NOMBRES

Leonardo Fuentes

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

15-NOV-1982

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O-

G.S. RH

M

SEXO

23-ABR-2002 BOSCONIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1220000-37106442-M-0019708716-20020918

0185602260C 02 109340136

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+

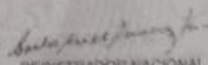
G.S. RH

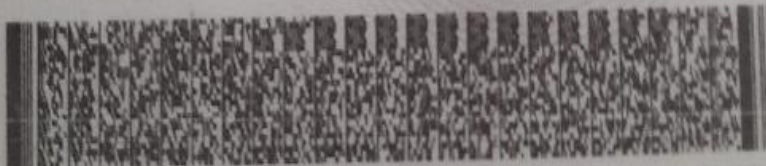
M

SEXO

19-OCT-1990 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563553A 1

1230918739