

Bogotá D.C., 26 de noviembre de 2024

Señores  
**CLINICAS Y/U HOSPITALES**  
Estadística y/o Archivo  
Ciudad

<b>ASUNTO:</b>	<b>SOLICITUD</b>	<b>HISTORIA CLINICA</b>
<b>REFERENCIA:</b>	<b>ASEGURADO</b>	<b>JHON JHAROL IDARRAGA CRUZ</b>
	<b>RECLAMO</b>	<b>OIV-124781-1</b>

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente al señor **JHON JHAROL IDARRAGA CRUZ BOADA** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **86004458** 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



Bogotá D.C 24 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JHON JHAROL IDARRAGA CRUZ
		CEDULA CIUDADANIA	:	86004458
		RECLAMO	:	25600001559
		CONSECUTIVO	:	OIV-124781-1

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 3 DE DICIEMBRE 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	
JHON JHAROL IDARRAGA CRUZ		86004458	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
55	Vereda Santa Teresita Conjunto San Fernando Casa 4	Acacias	3178552639
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
Empleado			
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	Vereda Santa Teresita Conjunto San fernando Casa 4	30 09 2024

Dé un informe detallado de los hechos:

El 28-09-2024 me atracaron con violencia en mi casa me golpearon y me inyectaron un farmaco quedando inconciente, me hallan el día lunes 30-09-2024 y me llevan hasta el Hospital Regional de villavicencio y luego me remiten a la Clínica Primavera donde me atienden y me hospitalizan, me dan incapacidad de 10 dias del 30-09-2024 al 09-10-2024 y otra del 10-10-2024 al 15-2024

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

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.

Es afiliado ☐ Beneficiario ☐

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

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
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
Dirección	Ciudad	Teléfono
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Dirección	Ciudad	Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

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

JHON JHAROL IDARRAGA CRUZ

Dirección

Vereda Santa Teresita conjunto San Fernando Casa 4

Correo electrónico

jharol68@hotmail.com

Teléfono

3178552639

Ciudad

Acacias

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

jharol68@hotmail.com

Lugar y Fecha

Acacias, 29-10-2024



Firma del Asegurado

C.C. No. 86004458



Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

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



NUMERO **86.004.458**

**IDARRAGA CRUZ**

APELLIDOS

**JHON JHAROL**

NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1968**

**VILLAVICENCIO**  
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.80**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**14-ABR-1987 GRANADA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-5200100-00126232-M-0086004458-20081109 0005630324A 1 6710004344