



Bogotá D.C 5 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	GINA LIZETH MARTINEZ HERNANDEZ
		CEDULA CIUDADANIA	:	1105790107
		RECLAMO	:	10080000004
		CONSECUTIVO	:	OIV-124935-1

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

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

**12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:**

FormaB-117 (Red. Feb./16)

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar )

Tratamientos Médicos (Detallar )

Controles medico general,fisiatra,neurologo

Rehabilitación (Detallar )

Terapias física,lenguaje y ocupacional

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

Si No Desde el 30 de septiembre 2024

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 Teléfono

Maria Liliana Hernandez

Dirección Ciudad

Cra 8a#16-18 tame arauca

Correo electrónico

malihero1976@gmail.com

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

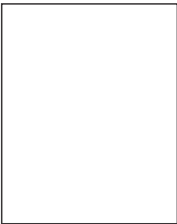
EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER 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  
Maria liliana hernandez

Lugar y Fecha Cra8a #16-18 tame arauca



Huella

Firma del Asegurado  
C.C. No. 1105790107

Firma del Beneficiario reclamante  
C.C. No. 38287889

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.105.790.107  
MARTINEZ HERNANDEZ

APELLIDOS  
GINA LIZETH

NOMBRES

*Lizeth Martinez*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1995  
HONDA  
(TOLIMA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55  
ESTATURA

O+  
G. S. RH

F  
SEXO

05-JUN-2013 HONDA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Vega Rocha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



R-2906400-01264961-F-1105790107-20211110 0076276663A 1 56799669