



Bogotá D.C 29 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	NICOLAS SNEIDER SOLER ESCOBAR
		CEDULA CIUDADANIA	:	1118575700
		RECLAMO	:	25600001533
		CONSECUTIVO	:	OIV-125222-1

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 10 DE DICIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula
Nicolos Snider Soler Escobar		7718575700
Edad	Dirección actual	Ciudad
24	Cra 15a # 43-66	Yopal
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	Yopal - Casanare	09 09 2024

Dé un informe detallado de los hechos:

jugando futbol caí sobre el brazo y me fracture el radio y cubito distal de la mano izquierda

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

DD MM AAAA

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.

Nueva 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
Nombre	Especialidad
Dirección	Ciudad

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Hospital Regional de la Orinoquia	09 09 2024	18 09 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 15 N° 07-95 Manzana 2	Yopal	(8) 634 4650
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Fundación Hospital San Carlos	18 09 2024	24 09 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Cra 120 #32-44 SUR	Bogotá D.C.	

13. ¿Tratamientos Pendientes? ☒ Sí ☐ No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Control Sobre la operación realizada

Rehabilitación (Detallar)

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

☒ Sí ☐ 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

Teléfono

Dirección

Ciudad

Correo electrónico

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

nicolas.soler79@gmail.com

Lugar y Fecha Yopal - Casanare 30/09/2024



Huella

Nicolas Soler
Firma del Asegurado

C.C. No. 7'778.579.700

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
TAURAMENA
(CASANARE)

13-OCT-1999

LUGAR DE NACIMIENTO
1.80

O+

M

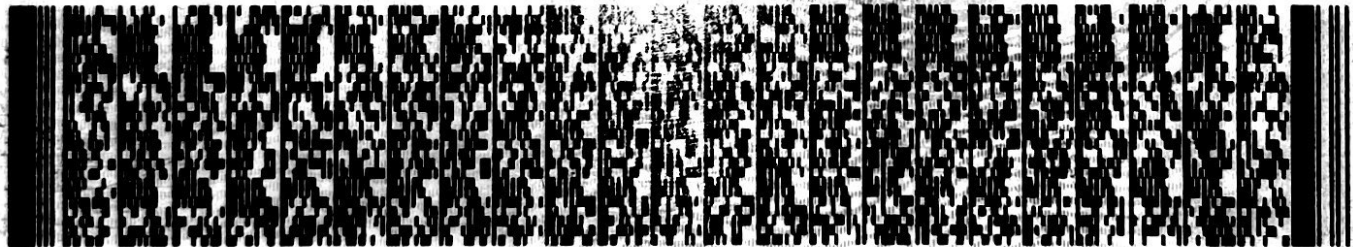
ESTATURA G.S. RH

SEXO

18-OCT-2017 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-4600100-00950053-M-1118575700-20171030

0058288004A 1

50225648

INIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.118.575.700**

SOLER ESCOBAR

APELLIDOS

NICOLAS SNEIDER

NOMBRES

Nicolas

FIRMA

Soler

