



Bogotá D.C 03 de diciembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	OLGA LUCIA GUERRERO ESPITIA
		REGISTRO CIVIL	:	52337894
		RECLAMO	:	51310043767
		CONSECUTIVO	:	OIV-126916-1

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 12 DE DICIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.337.894**

GUERRERO ESPITIA

APELLIDOS

OLGA LUCIA

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUL-1974**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

ESTATURA

O+

G.S. RH

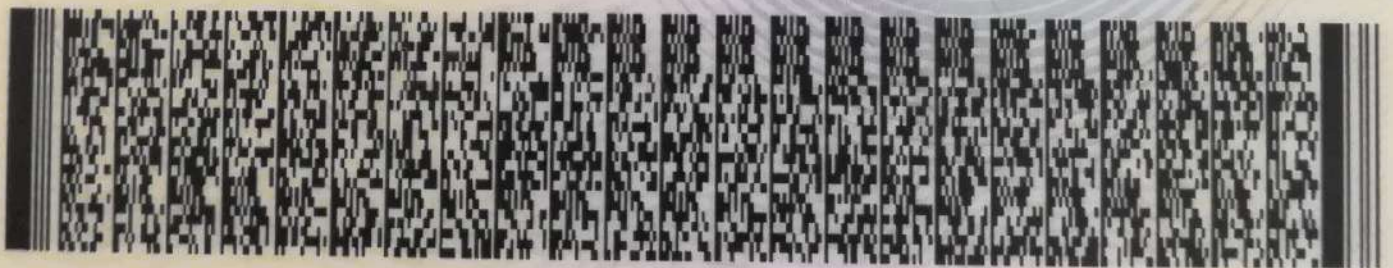
F

SEXO

31-JUL-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00019603-F-0052337894-20080704

0000772854A 1

1160016611

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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

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.

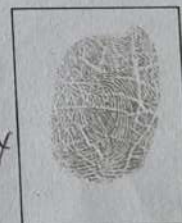
CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

olguenero@hotmail.com

Lugar y Fecha

Bogotá 24 Septiembre / 2024



Huella

Firma del Asegurado
C.C. No. 52337894

Firma del Beneficiario reclamante
C.C. No. _____

SEGUROS
BOLÍVAR



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
Olga Lucia Guerrero Espitia		52337894
Edad	Dirección actual	Ciudad
50	Cll 152 72-02 T2 A 402	Bogotá
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Empleada		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/>	Rentas <input type="radio"/>	Incapacidad total y permanente <input checked="" 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 type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	Bogotá	DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos:		
Tengo Artritis Reumatoide, valoración de la EPS Famisanar EPS, el 30 de Noviembre de 2023 dictamen 6009629 porcentaje capacidad 54.50%		
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?		
02 05 2014 05 - 2014		
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
02 05 2024 10 Años		
6. Otros antecedentes del asegurado		
Ninguno Unicamente Artritis Reumatoide		
Tiempo de evolución:		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Si su respuesta es afirmativa, indique cual Corticoides		

8. Indique el nombre de su E.P.S.

Famisanar

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

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

Cafam Floresta Bogotá

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual

Gloria Tirado Bogotá Cafam Floresta

¿Desde hace cuánto tiempo?

3 Años.

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre	Especialidad
ENA MARGARITA CARRILLO	MEDICO INTERNISTA
Dirección	Ciudad
KRR 13 #148-47	Bogotá
Nombre	Especialidad
JUAN HERNANDEZ	ORTOPEDISTA
Dirección	Ciudad
Cll 67 #10-27	Bogotá
	Teléfono
	3135094493

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono