

Bogotá D.C. noviembre 21 de 2024

Señores
HOSPITALES, CLINICA Y EPS.
Ciudad.

REF: **Solicitud:** **COPIA DE HISTORIA CLINICA**
 Asegurado: **GERMAN CAMILO PEREZ ACOSTA**


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 **GERMAN CAMILO PEREZ ACOSTA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.022.949.569.** de Bogotá.

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 –
asigltlda@hotmail.com





Bogotá, noviembre 20 de 2024

Señores
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **GERMAN CAMILO PEREZ ACOSTA**
Póliza: **2801525836102**
Caso: **OVI-126370-1**

Cordial Saludo:

Por medio de la presente les 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 **GERMAN CAMILO PEREZ ACOSTA**, identificado con cédula de ciudadanía **1.022.949.569.** 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



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	
German Camilo Perez Acosta		1022949569	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
35	carrera 11 # 67 a 85 sur int 3 apto 302	bogota	3196231015
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
topografo			
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	bogota	28/ 05/ 2024
Dé un informe detallado de los hechos: me descubrieron un tumor maligno en el estomago		

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?
 septiembre 2023 septiembre 2023

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad
 08 DD 09 MM 2023 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 seguimiento por oncología, gastroenterología y dolor y cuidados paliativos

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

clínica colsubsidio 127, av calle 127 # 15a 73, bogota

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

av calle 127 # 15a 73, bogota

¿Desde hace cuánto tiempo?

14 meses

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

Nombre	Especialidad
guerrero silva	cirugia gastrointestinal
Dirección	Ciudad
av calle 127 # 15a 73, bogota	bogota
Nombre	Especialidad
Dirección	Ciudad

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
clínica colsubsidio 127	25/ 10/ 2023 AA	17/ 11/ 2023 AA
Dirección	Ciudad	Teléfono
av calle 127 # 15a 73	bogota	
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☒

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

cirugia gastrointestinal

Tratamientos Médicos (Detallar)

quimioterapia (politerapia de alta toxicidad) "folfox"

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

German Camilo Perez Acosta

Teléfono

3196231015

Dirección

carrera 11 # 67a 85 sur int 3 apto 302

Ciudad

bogota

Correo electrónico

germantectopo

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

germantectopo@gmail.com

Lugar y Fecha

17 de noviembre 2024



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No. 1022949569

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

Declaraciones y Autorizaciones del Cliente

Yo, German Camilo Peréz Acosta, identificado(a) con C.C. No. 1017949567 de Bogotá, ante **COMPANHIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., CAPITALIZADORA BOLIVAR S.A. Y SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.**, denominadas en adelante "LAS COMPAÑIAS", y **ASISTENCIA BOLIVAR S.A.**, denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑIAS, manifiesto que:

(1). **DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES:** Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que: 1.1 La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley. 1.2 Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de mi trabajo. 1.3 He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1688 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras -FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU., y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte y de las demás reglamentaciones aplicables en materia de intercambio de información tributaria. 1.4 Entiendo que LAS COMPAÑIAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

(2). **ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPAÑIAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

(3). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008):** 3.1. Autorizo a LAS COMPAÑIAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines:

3.1.1 Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 3.1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 3.1.3 Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 3.1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 3.1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. 3.2. Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑIAS.

(4). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):**

Autorizo a LAS COMPAÑIAS y a ASISTENCIA para que traten 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 al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 4.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 4.2. Medir el nivel de satisfacción respecto de la(s) product(s) y/o servicio(s) suscrit(s). 4.3 Realizar campañas comerciales y actividades de mercado. 4.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 4.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 4.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades así como enriquecer la experiencia como cliente. 4.7 Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(s) contrato(s) suscrit(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☒ NO ☐

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia contratado, así mismo en el caso en que haya usuarios que puedan ser cobijados con los servicios de asistencia.

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio: _____
Le recordamos que las finalidades del Numeral 4.1 son necesarias para el desarrollo del contrato.

(5). **GRUPO BOLIVAR:** Conozco que LAS COMPAÑIAS Y ASISTENCIA BOLIVAR S.A. hacen 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, así como para desarrollar actividades de conocimiento del cliente.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☒ NO ☐

(6). **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 #322 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: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLIVAR S.A. al Correo físico: Calle 108 # 45-30 Torre 1 Piso 9 en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑIAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 17 de Noviembre del año 2024.

FIRMA CLIENTE:

NOMBRE:

No. IDENTIFICACIÓN:



Huella índice derecho

Espacio para uso de [Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.] para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Información de la Entrevista				Verificación de la Información	
Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula	Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, se conceptúa como satisfactorio?		
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Localidad/Oficina			Observaciones:		
Concepto general del cliente:			Nombre del responsable de la verificación		
			Código		
			Cédula		
			Cargo		
			Localidad		
Firma del responsable de la entrevista					

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.949.569

PEREZ ACOSTA

APELLIDOS

GERMAN CAMILO

NOMBRES

German Perez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1989

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

27-MAR-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-01098093-M-1022949569-20190910

0067669534A 1

9909888105

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+

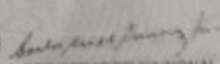
G.S. RH

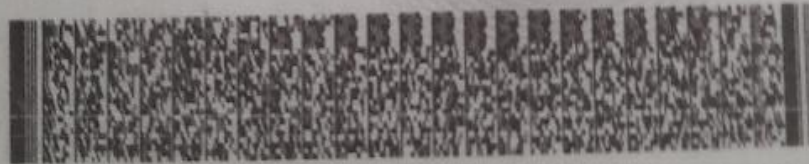
M

SEXO

19-OCT-1990 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORREN



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563553A 1

1230918739