

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	Part of the latest of the
Johana Maria Gonzalez Louiza	24346662 Cludad	
Edad Dirección actual		
44 Neieda Alegiras	Marquetalie	319-649-16-86
Ocupación habitual U En caso de fallecim	iento, edad al morir	United States of the State of t
Docenie Amparo por el que desea reclamar		
Vida O Rentas O Incapacidad total y permanente	Accidentes Personales ()	Gastos Médicos ()
2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento ES INDISPENSABLE ADJUNTAR H	IISTORIA CLÍNICA Y EXÂMENE	S DE DIAGNÓSTICO.
Causa Lugar		Fecha
O Accidente Enfermedad OHomicidio OSuicidio Docado		08 10 2024
Dé un informe detallado de los hechos:		
M544-Lumbago con ciation. Docopalie e	= nivel L4	L5
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por prin	mera vez a un médico en re	elación con su enfermedad?
	THE PARTY OF THE P	THE RESERVE THE PROPERTY OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TRANSPORT NAMED IN COLUMN T
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
10 10 2024 10		
5. Otros antecedentes del asegurado		
Tiempo de evolución:		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIO NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual MEC comen to Teceps Troice		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIO NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual MCC Comen 30 - Teceps Troice 8. Indique el nombre de su E.P.S.		Particle C
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIO NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual MCC: comen 30 - Tecepse Troice 8. Indique el nombre de su E.P.S. TOMAS	Es afiliado	Beneficiario O
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIÓ NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual MCC comen to - Teceps Troice 8. Indique el nombre de su E.P.S. TOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente	restricted in the second	
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIO NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual <u>MCC comen + 3 - Terepse Trance</u> 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAG 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10.5 p・1-2	ج ¿Desde hace cuánt	o tiempo?
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIO NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual MCC COMENTO - TECEPSE TIDICO 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAG 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Pri-10 Dan Coyelano - Callo 3 # 10 - 01 Marquelal. 10. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual	ج ¿Desde hace cuánt	o tiempo?
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIO NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cuai McCi comen to - Terepas Troico 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAG 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 105 pila 5 San Coyclano - Calla 3 # 14 - 01 Marquela. 10. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual Karen Viviano Heriero - Ternando Arrieto CII3 # 18-01 Muse 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o	ج ¿Desde hace cuánt	o tiempo?
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIO NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cuai McCi comento - Terepas Troico 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 105 pila) San Coyolano - Calle 3 # 14 - 01 Marquela. 9. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Karen Viviano Herrera - Ternando Arriela CII3 # 14 - 01 Marquela. 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o	¿Desde hace cuánt Llic Gero - Marco accidente:	o tiempo?
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIB NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cuai Mcci comento - Terepse Troice 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Spita) San Coydano - Calle 3 # 1A - 01 Marquetello 0. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual Karen Viviano Herrero - Terrando Arrieto CII3 # 1A-01 Marquetello 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre A bol Sanchez Dirección	¿Desde hace cuánt Llic Greso - Mayo o accidente: Especialidad Medico G	o liempo? Septianly: 2020 Senewl Telélono
Sist reciblendo tratamiento por esta enfermedad ? Sist NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual Mcci comento - Terepas Troico 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Spita San Coyclano - Calle 3 # 1A - 01 - Marquetal. 10. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual Karen Viviano Hericio - Ternando Arrieto CIIS # 1A - 01 Mure 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre Abol Sanchez Dirección 21 15 Variant entre 19 120 autopioto Puerto Salgar	¿Desde hace cuántico de la coldente: Especialidad Medico Ciudad Doicada	o liempo? Septianitic 2020 Senewl
Sist reciblendo tratamiento por esta enfermedad ? Sist NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual Mcci comento - Terepas Troico 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Spita San Coyclano - Calle 3 # 1A - 01 - Marquetal. 10. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual Karen Viviano Hericio - Ternando Arrieto CIIS # 1A - 01 Mure 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre Abol Sanchez Dirección 21 15 Variant entre 19 120 autopioto Puerto Salgar	¿Desde hace cuánt Llic Greso - Mayo o accidente: Especialidad Medico G	o liempo? Septianly: 2020 Senewl Telélono
Sist reciblendo tratamiento por esta enfermedad ? Sist NoO Sist respuesta es afirmativa, indique cual Mcci comento - Terepas Troico 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 105 pita) San Coyotano - Callo 3 # 1A - 01 - Marquetal. 10. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual Karen Viviano Hericia - Ternando Arrieta CIIS # 1A - 01 Muse 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre Abol Sanchez Dirección 21 15 Variant entre 19 y 20 autopioto Puerto Salgar Nombre	¿Desde hace cuánto la	o liempo? o. Septiambic 2020 Senewl Telélono 3175401132
Sist reciblendo tratamiento por esta enfermedad ? Sist NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual medicamento - Tecepas Troice 8. Indique el nombre de su E.P.S. TOMAS 1. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 1. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Karen Viviana Heriera - Ternando Arrieta CIIS HAR-OT Muse 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre A bol Sanchez Dirección 21 15 Variant entre 19 120 autoprota Puerto Salgar	¿Desde hace cuántico de la coldente: Especialidad Medico Ciudad Doicada	o liempo? o. Septiambre 2020 Senewl Telélono
Sist recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 Si8 NoO Si su respuesta es afirmativa, indique cual Medicamento - Teispas Tiorca 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS O, Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 105 pi-la) San Cayadano Calle 3 # 1A-01 Marquetalia O, Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Karen Viviano Herrero - Teinando Arrieto Cila # 1A-01 Marquetalia I. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre A bol Sanchez Dirección 21 15 Variant entre 19 120 autopioto Puerto Salgar Nombre	¿Desde hace cuánto la	o liempo? o. Septiambic 2020 Senewl Telélono 3175401132
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIB NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cuai Mcci comento - Terepas Troico 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 105 pila) San Coyolano - Calle 3 # 1A - 01 · Marquela . 9. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Karen Viviara Herria - Fernando Arriela CII3 # 1A - 01 Marquela . 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre Abol Sanchez Dirección 2. IS Variante entre 19 y 20 autoprota Puerto Salgor Nombre Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:	¿Desde hace cuánto la	o liempo? o. Septiambic 2020 Senewl Telélono 3175401132
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIB NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cuai Mcci comento - Terepse Troice 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Spita) San Coyadano - Calle 3 # 1A - 01 · Marquetella 0. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual Karen Viviano Herrero - Ternando Arrieto CII3 # 1A - 01 Marquetella 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre A bol Sanchez Dirección 21 15 Variant entre 19 y 20 autoproto Puerto Salgor Nombre Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario	¿Desde hace cuánto la	o tiempo? o Septiambre 2020 Senewl Teléfono 3175401132 Teléfono
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIB NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cual Mcci comento - Terepse Troice 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Spita) San Coyadano - Calle 3 # 14-01 Marquetello 0. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual Karen Viriane Herrere - Terrando Arrieta CII3 # 14-01 Marquetello 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre A bol Sanchez Dirección 21 15 Variant entre 19 y 20 autoprote Puerto Salgar Nombre Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:	Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso 2 Desde hace cuántico de la 202	Teléfono Teléfono Fecha de Salida
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad 7 SIB NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cuai Mcci comento - Terepse Troice 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Cludad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Spita) San Coyadano - Calle 3 # 1A - 01 · Marquetella 0. Indique el nombre, dirección y cludad de su médico habitual Karen Viviano Herrero - Ternando Arrieto CII3 # 1A - 01 Marquetella 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre A bol Sanchez Dirección 21 15 Variant entre 19 y 20 autoproto Puerto Salgor Nombre Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario	Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso Ciudad	Teléfono Fecha de Salida 4 10 10 2024
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? SIONO SI su respuesta es afirmativa, indique cual Mcc. comento - Terepas Trorco 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Spita) San Ceyctono - Calle 3 # 1A-01 Marquetalia 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 11. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 12. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o 13. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o 14. Nombre Nombre 26. IS Variant entre 19 y 20 autopiota Puerto Salgor 27. IS Variant entre 19 y 20 autopiota Puerto Salgor 28. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario 14. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 15. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 16. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 16. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 17. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 18. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 29. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 20. Indique el nombre del Centro Hospitalario 20. Indique el nombre del Centro Hospitalario 20. Indique el nombre del Centro Hospitalario 21. Indique el nombre del Centro Hospitalario 22. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 23. Recipiente del Centro Hospitalario 24. Si fue tratado en un Centro Hospitalario 25. Indique el nombre del Centro Hospitalario 26. Indique el nombre del Centro Hospitalario 27. Indique el nombre del Centro Hospitalario 28. Indique el nombre del Centro Hospitalario 29. Indique el nombre del Centro Hospitalario 29. Indique el nombre del Centro Hospitalario 20. Indique el nombre del Centro Hospitalario 20. Indique el nombre del Centro Hospitalario 29. Indique el nombre del Centro Hospi	Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso Ciudad DOLGAG Foundad Ciudad Ciudad	Teléfono Fecha de Salida A 10 10 2024 Teléfono 3175401132
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIO NOO Si su respuesta es afirmativa, indique cual Mcc. Comento - Terepas Troico 8. Indique el nombre de su E.P.S. FOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 10. Spila) San Ceyclano - Calle 3 # 1A-01 Marquetalia 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Karen Vivian Herrera - Terrando Arriela CIB # 1A-01 Marquetalia 1. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre Nombre 2. Is Variant entre 19 y 20 autopiala Puerto Salgar Dirección 2. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Nombre del Centro Hospitalario Hospital de cha Compleji dad del Magdelena Dirección Con 15 Variant Celle 19 y 20 autopiala Puerto Salgar Hospital de cha Compleji dad del Magdelena Dirección	Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso Ciudad DOLGAG Fecha de Ingreso Ciudad Fecha de Ingreso Ciudad DOLGAG Fecha de Ingreso Ciudad	Teléfono Fecha de Salida 4 10 10 2024 Teléfono 3175401132
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIB NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cual mcci comento - Terepas Troico 8. Indique el nombre de su E.P.S. TOMAS 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 105 pina) San Conción y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Karen Viviano Heriero - Ternando Arriedo CIIS HAR-OT Muse 11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o Nombre A bol Sanchez Dirección Cr. 15 Variant entre 19 y 20 autoproto Puerto Salgar Nombre	Especialidad Ciudad Fecha de Ingreso Ciudad DOLGAG Foundad Ciudad Ciudad	Teléfono Fecha de Salida 4 10 10 2024 Teléfono 3175401132

Compañía de Seguros Bolivar S.A. • Nil. 860.002.503-2 Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10 • Tel: #322 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com

13. ¿Tratamientos Pendient	les? (iie NoO				
Tratamientos Quirúrgicos (De	staller)		A PARTY IN STREET WAS A		
Tratamientos Médicos (Dotali	ar)	NAME OF STREET			
Rehabilitación (Detallar)	so pene el	-ency	. del deler e im	lenector	
From Kickie	5				
14. ¿Actualmente se encuentra		ajando, ¿hace cuá	nto tiempo no trabaja?		
S● NoO	NAME OF TAXABLE PARTY OF TAXABLE PARTY.				
15. En casó de reclamación po	or fallecimiento, diligenciar:				
BENEFICIARIOS 1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma	
1. Homore	Taremasso.	Cedina	Contro Emerionico	The state of the s	
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma	
The state of the s			1		
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correa Electrónico	Firma	
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma	
A		Childre	Correo Electrónico	Firma	
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electronico		
NO SERVE SAME OF THE PROPERTY			47.004		
16. Envio de correspondencia	a. Favor indicar el lugar de e	nvio de correspon			
Nombre			Teléfono		
Dirección			Cludad	10 3 hr = 10 6 H1 5 hr &	
- Constant	CLESSOR PRODUCED TO SERVICE OF THE S				
Correo electrónico					
DECLARO QUE TODA	S MIS RESPUESTAS SO	N VERDADERA	SYCOMPLETAS.		
AT SELECT OF SELECT CONTRACT ON IN				04046/4 400FD4 4	
TODA LA INFORMACI	GURADO AUTORIZO Q	UE AUN DESPU IERA. INCLUYER	ÉS DE MI FALLECIMIENTO LA C NDO MI HISTORIA CLÍNICA COMP	LETA, BIENATRAVÉS	
DE LOS CENTROS H	OSPITALARIOS O DE L	OS MÉDICOS Q	UE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO	QUE MIENTRAS TAL	
RECLAMACIÓN NO E	ESTÉ EN PODER DE L	A ASEGURAD	ORA, NO PODRÁ ENTENDERS	E FORMALIZADA LA	
The second second second		- 0			
IGUALMENTE CON	SIENTO QUE SEGURO ELOS SEGUROS SIMIL	OS BOLIVAR S	S.A. SOLICITE A LAS COMPA	NIAS DE SEGUROS	
				A TOWN THE PROPERTY OF A STREET	
CONOZCO QUE LA M	IALA FE EN LA RECLAM A PÉRDIDA DEL DEREC	MACIÓN O EN LA	A COMPROBACIÓN DEL DERECH	10 AL PAGO DE ESTE	
SEGURO CAUSARAL	APERDIDADEL DEREC	HOALPAGO.			
200-200					
	las comunicaciones sea		4778-1705	A .	
topera	maus 16 eho	treell co		B)	
3550 III 112100000000000000	NA BELVI		ic.	B	
Lugar y Fect	18			W.	
			140		
			Huell	a	
12 - 19-	900.40				
Johans	6 Goraile	2			
Firma del Asegurado			Firma del Benefic	Firma del Beneficiario reclamante	

C.C. No. 24346662.

Powered by GS CamScanner

C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

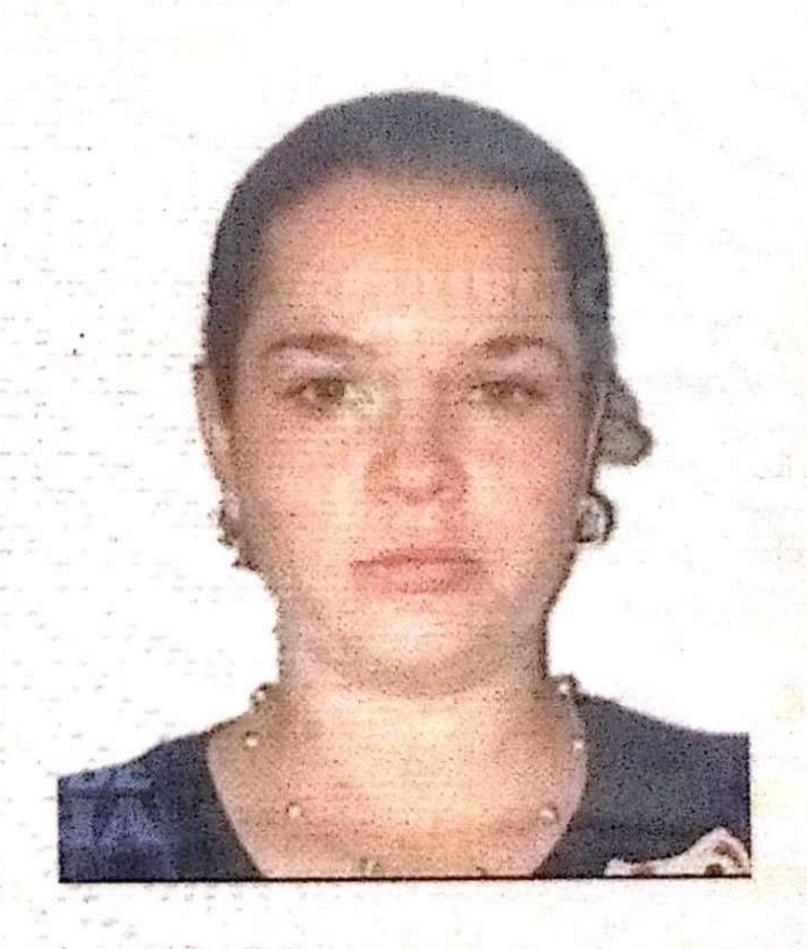
24.346.662 NUMERO GONZALEZ LOAIZA

APELLIDOS

JOHANA MARIA

NOMBRES









INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

16-OCT-1980

MANIZALES (CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

0-

F

ESTATURA

G.S. RH

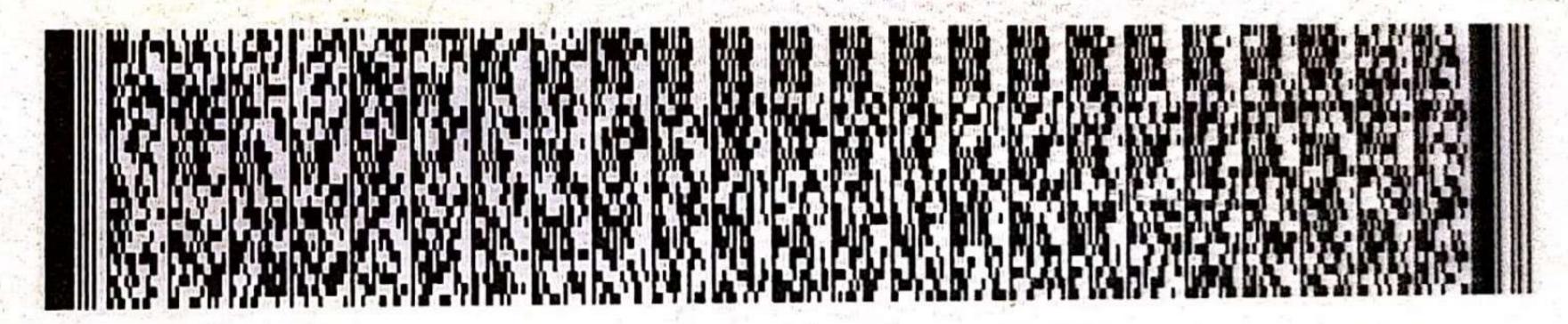
SEXO

05-NOV-1998 MANIZALES

FECHAY LUGAR DE EXPEDICION Juis Suise Saines for

TOUTHAMACIONAL DEL ESTADO CIVILISARE

REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00029781-F-0024346662-20080725

0001421493A 1

1140019927