



Bogotá D.C, 08 de noviembre de 2024.

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	RAUL ENRIQUE BOHORQUEZ GALINDO
		CEDULA	:	4.276.122
		RECLAMO	:	1015004900006
		CONSECUTIVO	:	SIV-000044

Apreciados señores:

Solicitamos a ustedes realizar:

_____	<b>INVESTIGACION COMPLETA</b>
_____	CONSECUCIÓN HISTORIA
_____	ANTECEDENTES PENALES
_____	VERIFICACIÓN CALIFICACIÓN
<u>  X  </u>	CASO ESPECIAL

Para efecto adjuntamos:

_____	FOTOCOPIA DE LA POLIZA
_____	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
_____	FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO
<u>  X  </u>	OTROS

OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO ES EL DIA 20 DE NOVIEMBRE DE 2024.

Agradecemos su colaboración.

**Asistente de siniestros**

**COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida

 FECHA DE NACIMIENTO **30-JUL-1963**  
**TIBANA**  
(BOYACA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.87** **O+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
**31-JUL-1981 TIBANA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*  
INDICE DERECHO REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES  
  
R-1500150-00316229-M-0004276122-20110725 0027532537A 1 5020574188

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA  
NUMERO **4.276.122**  
**BOHORQUEZ GALINDO**  
APELLIDOS  
**RAUL ENRIQUE**  
NOMBRES  
  
FIRMA  






ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

11173873



Datos de la oficina de registro										
Clase de oficina:	Registraduría	Notaria	X	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	A	8	C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía										
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 9 BOGOTA DC * * * * *										

Datos del inscrito										
Apellidos y nombres completos										
BOHORQUEZ GALINDO RAUL ENRIQUE * * * * *										
Documento de identificación (Clase y número)							Sexo (en Letras)			
CC No. 4276122 * * * * *							MASCULINO * * * * *			

Datos de la defunción																
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía																
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *																
Fecha de la defunción					Hora		Número de certificado de defunción									
Año	2	0	2	4	Mes	S	E	P	Día	1	2	OFICIO 02710 * * * * *				
Presunción de muerte																
Juzgado que profiere la sentencia					Fecha de la sentencia											
FISCALIA * * * * *					Año	2	0	2	4	Mes	S	E	P	Día	1	4
Documento presentado					Nombre y cargo del funcionario											
Autorización judicial					JUAN CARLOS ZAMBRANO RENGIFO - FISCAL 296 SECCIONAL * * * * *											

Datos del denunciante										
Apellidos y nombres completos										
CASTRO MELO KEVIN STIVEN * * * * *										
Documentos de identificación (Clase y número)							Firma			
CC No. 1000714305 * * * * *										

Primer testigo										
Apellidos y nombres completos										
* * * * *										
Documentos de identificación (Clase y número)							Firma			
* * * * *							* * * * *			

Segundo testigo										
Apellidos y nombres completos										
* * * * *										
Documentos de identificación (Clase y número)							Firma			
* * * * *							* * * * *			

Fecha de inscripción					Nombre y firma del funcionario que autoriza							
Año	2	0	2	4	Mes	S	E	P	Día	1	8	Alejandro Ruge Vargas
Notario Mayor 19 de Cundinamarca Bogotá D.C. ENRIQUE VARGAS (E)												

AUTORIZACION DE INSCRIPCION EXTEMPORANEA SEGUN FISCAL 296 SECCIONAL										
18/09/2024										

ESPACIO EN BLANCO  
NOTARIA NOVENA (A) DE BOGOTÁ



**SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES  
PARA CRÉDITO DE CONSUMO Y COMERCIAL**

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE NO APROBAR LA PRESENTE SOLICITUD DE SEGURO EN CASO DE SER OTORGADO EL SEGURO, ESTE ENTRARÁ EN VIGENCIA EN LA FECHA DE DESEMBOLO DEL CRÉDITO ASOCIADO A LA PRESENTE SOLICITUD

Fecha de Solicitud: Oficina: Unidad Vehículo Rod 4892 Código Oficina: Cédula Funcionario: 52912881

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos: **Raul E Bohorquez** Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ No. de Identificación: **4246122** Fecha de Nacimiento: **30/7/63**  
Dirección de Correspondencia: **Cra 02A 48A-45** Ciudad: **Bogotá** Departamento: **C/marca** Teléfono de Contacto: **3107829499**  
Número Celular: **3107829499** Correo Electrónico: **raul.bohorquez@hotmail.com** Medicina Prepagada: **NA** EPS: **SANITAS**

**SEGURO DE VIDA**

**CRÉDITO EN TRANSITO**

Amparos Solicitados: ☒ Vida ☒ Incapacidad total y permanente Línea de Crédito: Valor del Crédito/Seguro solicitado: \$

**BENEFICIARIOS**

Nombre o Razón Social: **BANCO DAVIVIENDA** Parentesco: **hija** Calidad: **ONEROSO** % Participación: **100%**  
Saldo insoluto de la deuda: **1A56897826**

RELEVANTE: La descripción debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD IMPORTANTE**

Favor marcar con "x" según corresponde a sus antecedentes médicos o estado de salud actual. Ha sufrido o le han diagnosticado:

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Hipertensión Arterial?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	12. VIH positivo o SIDA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	13. ¿Enfermedad de la Piel, Huesos o Articulaciones?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. ¿Sobrepeso / Obesidad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	14. ¿Tiene secuelas de alguna enfermedad o accidente?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. ¿Enfermedades del Corazón?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	15. ¿Enfermedades Neurológicas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. ¿Enfermedades de Arterias o Venas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	16. ¿Enfermedades Psiquiátricas o trastorno de Ansiedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. ¿Diabetes?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	17. ¿Le han prescrito tratamiento por Alcoholismo o consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	18. ¿Tiene programada alguna cirugía o procedimiento quirúrgico?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8. ¿Enfermedad Pulmonar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Cuál?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. ¿Enfermedad del Hígado?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	19. ¿Tiene algún otro tipo de enfermedad o ha sido diagnosticado con COVID-19 o está en aislamiento por sospecha de contagio?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10. ¿Enfermedad de Riñones o Vejiga?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	¿Cuál?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11. ¿Enfermedades de la sangre o páncreas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

\*Cuando exista algún "SI" como respuesta, la aceptación del seguro queda condicionada a la valoración de la información médica del solicitante, que realice Seguros Bolívar.

**DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN**

1. Conozco y doy fe que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad es verídico y que tengo el conocimiento de que esta solicitud formará parte integral de contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.). La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan existir en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.).  
2. Declaro que he sido informado sobre mis derechos y deberes como asegurado, las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, periodo de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otras; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro; los canales de medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo, las consecuencias de una declaración inexacta o diferente del estado del riesgo (Art. 1058 Código de Comercio) las consecuencias de la mora en el pago de la prima. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas, y que en caso de requerir más información puedo consultar la página web [www.segurosbolivar.com.co](http://www.segurosbolivar.com.co) o a través de su línea de atención telefónica #322.

**AUTORIZACIONES**

1. AUTORIZACIÓN PARA HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aun después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO. ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO REGISTRADO EN EL MISMO Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN LLAMANDO DESDE CELULAR AL #322, DESDE FIJO EN BOGOTÁ AL 3122122 O A LA LÍNEA 018000123322 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE BOGOTÁ.

Firma del Solicitante: **Raul E Bohorquez**  
Identificación No.: **4246122**



Compañía de Seguros Bolívar S.A.

ORIGINAL: COMPAÑÍA DE SEGUROS

Forma GR-145 (01.01.15) Ene. 15



1. Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos completos

RAUL ENRIQUE BOHORQUEZ GALINDO

Edad Dirección actual

61 Carrera 82A # 8A - 45

Ocupación habitual

COMERCIANTE / TRANSPORTE DE CARGA

Amparo por el que desea reclamar

Vida ☒ Rentas ☐ Incapacidad total y permanente ☐ Enfermedades Graves ☐ Accidentes Personales ☐ Gastos Médicos ☐ Hospitalización ☐

Cédula

4276122

Ciudad

BOGOTÁ

Teléfono

3107829499

En caso de fallecimiento, edad al morir

61

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Causa

☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio

Lugar

BOGOTÁ / Dirección de domicilio

Fecha

12 09 2024

Dé un informe detallado de los hechos:

El día 12 de septiembre en el domicilio de su residencia ubicada en la carrera 82A # 8A - 45 de la ciudad de Bogotá, mi padre el señor Raul Enrique Bohorquez Galindo, identificado con C.C. 4276122, falleció. Su causa de muerte esta a cargo del Instituto de Medicina Legal, quien en su momento entregara el dictamen. Donde se evidencie la causa de muerte.

3. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Ferny Rodrigo Bohorquez	Hijo	1002587768	fernery10708@gmail.com	
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

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

Primera vez <input checked="" type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/>	Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago.	
Tipo de cuenta	Número de cuenta	Nombre entidad financiera
Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	488439209674	BANCO DAVIVIENDA

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a r favor se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

5. Envío de correspondencia

Nombre	Teléfono
Ferny Rodrigo Bohorquez Ruiz	3114978342
Dirección	Ciudad
Carrera 46 # 187-39 interior 1 APT 302	BOGOTÁ D.C.
Correo electrónico	
fernery10708@gmail.com - abogadorodrigo Bohorquez@gmail.com	

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: Si ☒ No ☐

## 6. Autorizaciones

**1. HISTORIA CLÍNICA Y OTROS SEGUROS:** El 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 sea 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.

**2. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para que trate los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 1. Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 2. Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3. Realizar contactos para la medición del nivel de satisfacción respecto al trámite y/o servicio prestado por Compañía de Seguros Bolívar.

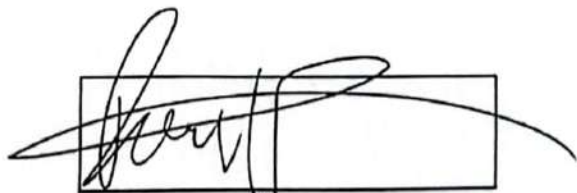
**3. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-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: servicioalcliente@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para realizar el trámite de reclamación ante Compañía de Seguros Bolívar.

Al firmar declaro que toda la información suministrada en este formulario es veraz y está completa. 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.

Fecha

15 10 2024



Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. 1002587768



Huella