

Bogotá D.C. noviembre 08 de 2024

Señores
HOSPITALES, CLINICA Y EPS.
Ciudad.

REF: Solicitud: **COPIA DE HISTORIA CLINICA**
 Asegurado: **RICARDO WILSON ANDRADE SOSA**


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 **RICARDO WILSON ANDRADE SOSA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **19.289.297**. 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 –
asigltda@hotmail.com





Bogotá, noviembre 07 de 2024

Señores
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **RICARDO WILSON ANDRADE SOSA**
Reclamo: **5132042066206**
Caso: **OVI-123316-1**

Cordial Saludo:

Por medio de la presente 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 **RICARDO WILSON ANDRADE SOSA**, identificado con cédula de ciudadanía **19.289.297.** 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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

SEGUROS
BOLÍVAR



No. DECLARACIÓN

No. PÓLIZA CERTIFICADO A LA CUAL ACCEDE

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
SEGURO DE VIDA GRUPO

YO: LIANDO WILSON ANILIA Sosa, mayor de edad, domiciliado en LA MEJA
nacido el día 16 del mes SEPTIEMBRE del año 1957 identificado con CC No. 19-289297 de BOGOTÁ

en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, vórices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Nombre de su E.P.S. FAMUNAR Nombre de su medicina prepagada NO
Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 20 días del mes de JUNIO del año 2018

IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.
Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo.
(Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la RED322 01 8000 123 322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Firma del Asegurado

Doc. de Ident.: CECULA No. 19-289297



Huella índice
derecho



Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com



ORIGINAL: FOLDER COMPAÑÍA

FORMA GR-008 (Rev. Mar/10)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **19.289.297**

ANDRADE SOSA

APELLIDOS

RICARDO WILSON

NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BUCARAMANGA
(SANTANDER)

16-SEP-1957

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

08-NOV-1976 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-1514200-01048854-M-0019289297-20181205

0063398597G 1

49952246

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.604.975**

LOAIZA CAPERA

APELLIDOS

JOSE IGNACIO

NOMBRES


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1972**

COYAIMA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71

O+

M

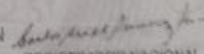
ESTATURA

G.S. RH

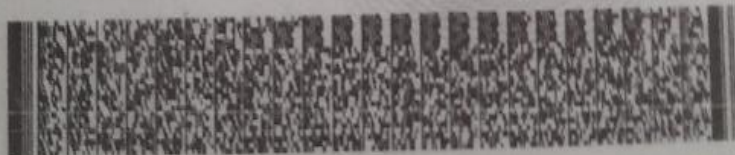
SEXO

19-OCT-1990 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563553A 1

1230918739