



## 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
CLAUDIA CRISTINA CAICEDO SANCHEZ		66993604
Edad	Dirección actual	Ciudad      Teléfono
49	Calle 124B # 28D1 - 44 Potrero Grande Sector 5	Cali      3184208478
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Incapacitada superior a 180 días		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input type="radio"/>	Enfermedades Graves <input checked="" type="radio"/>	Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos <input type="radio"/>

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

### 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	Cali	DD MM AAAA

Dé un informe detallado de los hechos:

Mi enfermedad inició en 2022 con dolor en rodilla izquierda y las incapacidades fueron parciales durante el resto del año por esa dolencia, además de dolores por artritis reumatoide; durante 2023 las incapacidades fueron permanentes diag M069 artritis reumatoide

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?  
Los síntomas aparecieron en mayo de 2022      05 de mayo de 2022

4. Fecha de diagnóstico por un médico      5. Tiempo de evolución de esta enfermedad  
04 Mayo 2022      Dos años y tres meses

#### 6. Otros antecedentes del asegurado

Control de azúcar con Metformina

Tiempo de evolución:

7. ¿Está recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si  No

Si su respuesta es afirmativa, indique cual

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

COMFENALCO VALLE DE LA GENTE EPS

Es afiliado  Beneficiario

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

IPS RIO CAUCA SQ, Calle 75B # 20-107 Local 220 sector 7 en Cali

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual      ¿Desde hace cuánto tiempo?

REUMATOLOGO CLÍNICA NUEVA DE CALI SAS, Calle 5 # 6-63 en Cali      Dos años y tres meses

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

Nombre	Especialidad
Olga Lucia Gómez Herrera	Medicina del Trabajo
Dirección	Ciudad      Teléfono
Prestador NORORIENTE Cra 8 # 52-167	Cali      No se conoce
Nombre	Especialidad
Jolian Fernando Vélez Aguirre	Medicina Interna
Dirección	Ciudad      Teléfono
Prestador IPS RIO CAUCA SQ Calle 75B # 20-107 Local 220 sector 7 en Cali	Cali      489 74 91

### 12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

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

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si  No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Esofagogastroduodenoscopia (EGD) con o sin biopsia (Con sedación y acompañamiento de anestesiología AR dolor en en ATM)

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no está trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

Si  No  Incapacitada

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
Claudia Cristina Caicedo Sánchez	3184208478
Dirección	Ciudad
Calle 124B # 28D1-44 Potrero Grande Sector 5	Cali
Correo electrónico	
claudiacaicedo133@gmail.com	

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

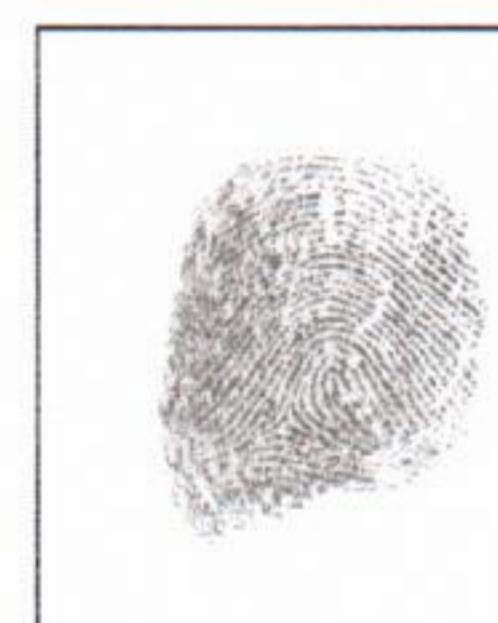
EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

IGUALMENTE CONSENTO 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  
claudiacaicedo133@gmail.com

Lugar y Fecha 26 de agosto de 2024



Huella

claudia caicedo

Firma del Asegurado

C.C. No. 66993604

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.