



Bogotá D.C 29 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	SONIA PEREZ ABELLA
		CEDULA CIUDADANIA	:	51759856
		RECLAMO	:	27820001830
		CONSECUTIVO	:	OIV-125225-1

Solicitamos a ustedes realizar:

<input checked="" type="checkbox"/>	INVESTIGACION COMPLETA
<input type="checkbox"/>	INVESTIGAR HISTORIA
<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES PENALES
<input type="checkbox"/>	VERIFICACIÓN CALIFICACION
<input type="checkbox"/>	RENUNCIA PROTOCOLARIA

Para efecto adjuntamos:

<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DE LA POLIZA
<input type="checkbox"/>	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO
<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS

OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 10 DE DICIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida

SEGUROS  
BOLÍVAR



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: Sonia Pérez Abella  
Cédula: 51'759 856  
Edad: 60 Dirección actual: Calle 67C #50-51 B19 D20 apt 105 Pablo Soto Ciudad: Boyotá Teléfono: 3173617848  
Ocupación habitual: Docente de Primaria  
Amparo por el que desea reclamar: ☐ Vida ☐ Rentas ☐ Incapacidad total y permanente ☐ Enfermedades Graves ☐ Accidentes Personales ☐ Gastos Médicos

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Causa: Cirugía Cálculos vesícula Lugar: Boyotá Clínica azul Fecha: 30-10-2024  
☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio  
Ecografía de hígado y vías biliares 14-06-2024  
Dá un informe detallado de los hechos: Fui al médico general para una revisión general. Solicite varios exámenes. Entre ellos, estaba la ecografía de hígado y vías biliares, en la cual el médico Adolfo Ortega me informó que tenía cálculos en la vesícula y que era candidata para la cirugía "colecistectomía vía laparoscópica" y que tenía hígado graso.  
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?  
No se presentaron síntomas 2024-05-14. (Inicio exámenes médicos Sonya en).  
4. Fecha de diagnóstico por un médico: 14-06-2024 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad: N/A  
6. Otros antecedentes del asegurado: —

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? ☐ SI ☒ NO

Si su respuesta es afirmativa, indique cual

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

Servisalud QCL Campin - Calle 63A #35-39

Es afiliado ☒ Beneficiario ☐

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

Servisalud Del Campin Calle 63A #35-39, Boyotá Contacto: Fonag - Servisalud QCL Campin

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

¿Desde hace cuánto tiempo?

No tengo médico habitual. Es el que asigna la E.P.S.

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

Nombre	Especialidad	Ciudad	Teléfono
<u>Adolfo Enrique Ortega</u>	<u>Médico Radiólogo</u>	<u>Boyotá</u>	<u>6013909555</u>
<u>Medico Servisalud el Campin.</u>	<u>Cirujano</u>	<u>Boyotá</u>	<u>6013909555</u>
<u>Andrea Sandoval</u>			
<u>Doctora Clinica Azul. Cra 49A #91-33.</u>			

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario

Clinica Azul (Santamonica)

Dirección

Cra 49D #91-33 Barrios Unidos Boyotá

2. Nombre del Centro Hospitalario

Dirección

Fecha de Ingreso

30-10-2024

Ciudad

Boyotá

Fecha de Ingreso

Ciudad

Fecha de Salida

30-10-2024

Teléfono

6013909555

Fecha de Salida

Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? SI ☐ No ☒

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no está 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

*Sonia Pérez Abella.*

Dirección

*Calle 57C #50-51 B109 D20 apt 105 Pablo sceto*

Correo electrónico

*sonia.perez2009@hotmail.com*

Teléfono

*3173617848*

Ciudad

*Bogotá*

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

Lugar y Fecha

*Bogotá*



Huella

*Sonia Pérez Abella*

Firma del Asegurado

C.C. No. *51'754P56*

Firma del Beneficiario reclamante  
C.C. No.

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
Cedula de Ciudadania

Número 51.759.856

PEREZ ABELLA

APELLIDOS

SONIA

NOMBRES



*Sonia Perez Abella*  
Firma



FECHA DE NACIMIENTO **18-MAR-1964**

**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.61** **O+** **F**

ESTATURA **Q.S. FH** SEXO

**29-ABR-1983 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Roberto José Álvarez*

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00025041-F-0051759856-20080717

0001122614A 1

1510018615