

Bogotá D.C., 8 de noviembre de 2024

Señores
CLINICAS Y/U HOSPITALES
Estadística y/o Archivo
Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	LUZ MILA CUELLO CUELLO
	RECLAMO	OIV-124355-1

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente a la señora **LUZ MILA CUELLO CUELLO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1122400159** quien fue atendida por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos fotocopia de la Declaración de asegurabilidad, copia de la cedula de la asegurada, formato para reclamaciones de seguros de vida y sus anexos, en la que media autorización para realizar la presente solicitud de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, para obtener todas y cada una de las Historias Médicas.

Agradezco de antemano la valiosa y oportuna colaboración prestada, puesto que dicha información se hace necesaria con carácter **URGENTE**, para finiquitar proceso en la reclamación del siniestro en comento.

Cordialmente,



ANDREA TOVAR
Analista de siniestros



Bogotá D.C 7 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	LUZ MILA CUELLO CUELLO
		CEDULA CIUDADANIA	:	1122400159
		RECLAMO	:	25420000351
		CONSECUTIVO	:	OIV-124355-1

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 19 DE NOVIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



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

JUZ Mela Cuello Cuello

Cédula

1.122.400.159

Edad

37

Dirección actual

Cra 15 # 25ur - 36

Ciudad

San Juan

Teléfono

300638840

Ocupación habitual

En caso de fallecimiento, edad al morir

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

☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio

Lugar

San Juan del Cesar

Fecha

04/10/2024

Dé un informe detallado de los hechos:

El día 04/10/2024 fui ingresado a UCI por presentar evento cerebral agudo

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?

04/10/2024

04/10/2024

4. Fecha de diagnóstico por un médico

5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

6. Otros antecedentes del asegurado

Tiempo de evolución:

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.

Sanitas EPS

Es afiliado ☒

Beneficiario ☐

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

Santa Helena del Valle IPS - San Juan del Cesar

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

¿Desde hace cuánto tiempo?

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

Nombre

Especialidad

Dirección

Ciudad

Teléfono

Nombre

Especialidad

Dirección

Ciudad

Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario

Instituto cardiovascular del Cesar

Fecha de Ingreso

04/10/2024

Fecha de Salida

16/10/2024

Dirección

Cra 16 # 16A - 42

Ciudad

Valledupar

Teléfono

589 8632

2. Nombre del Centro Hospitalario

Dirección

Ciudad

Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☒

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta 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

102 Mila Cuello Cuello

Teléfono

3006388240

Dirección

Cra 15 # 25ur - 36

Ciudad

San Juan del Cesar

Correo electrónico

102.my87@hotmail.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 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

102.my87@hotmail.com

Lugar y Fecha

San Juan - 25/10/2024



Huella

102 Mila Cuello

Firma del Asegurado

C.C. No. 1.122400159

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.