

Bogotá D.C., 2 de noviembre de 2024

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

<b>ASUNTO:</b>	<b>SOLICITUD</b>	<b>HISTORIA CLINICA</b>
<b>REFERENCIA:</b>	<b>ASEGURADO</b>	<b>JOSE LUIS CABARCAS BLANQUICET</b>
	<b>RECLAMO</b>	<b>OIV-124283-1</b>

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente al señor **JOSE LUIS CABARCAS BLANQUICET** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **72264166** 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 1 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JOSE LUIS CABARCAS BLANQUICET
		CEDULA CIUDADANIA	:	72264166
		RECLAMO	:	25400001408
		CONSECUTIVO	:	OIV-124283-1

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 13 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		Cédula	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
Amparo por el que desea reclamar			
Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input type="radio"/> Enfermedades Graves <input type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos <input type="radio"/>			

### 2. Detalles del accidente , enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha		
<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio		DD	MM	AAAA
Dé un informe detallado de los hechos:				
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?				
4. Fecha de diagnóstico por un médico		5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
DD MM AAAA				
6. Otros antecedentes del asegurado				
Tiempo de evolución:				
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Si su respuesta es afirmativa, indique cual				
8. Indique el nombre de su E.P.S.				
Es afiliado <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>				
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente				
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	Fecha de Ingreso		Fecha de Salida	
	DD	MM	AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad		Teléfono	
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso		Fecha de Salida	
	DD	MM	AAAA	DD MM AAAA
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	Teléfono
Dirección	Ciudad
Correo electrónico	

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 \_\_\_\_\_



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No.

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **72.264.166**

**CABARCAS BLANQUICET**

APELLIDOS

**JOSE LUIS**

NOMBRES

*Jose Cabarcas Blanquicet*

FIRMA







INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-OCT-1980**

**BARRANQUILLA**  
**(ATLANTICO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**08-OCT-1999 BARRANQUILLA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0300150-00334980-M-0072264166-20110916

0028066570A 1

36612929