



Bogotá D.C. noviembre 26 de 2024

Señores  
**HOSPITALES, CLINICA Y EPS.**  
**Ciudad.**

**REF:**      **Solicitud:**      **COPIA DE HISTORIA CLINICA**  
                 **Asegurado:**      **JORGE ENRIQUE SAENZ SAMPER**

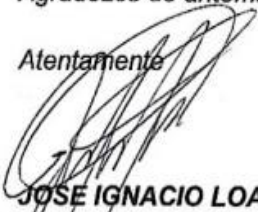
Respetados Señores:

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 **JORGE ENRIQUE SAENZ SAMPER**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **19.077.260**. 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](mailto:lm78ji79@gmail.com) –**  
**[asigltda@hotmail.com](mailto:asigltda@hotmail.com)**



Bogotá, noviembre 25 de 2024

Señores  
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS  
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **JORGE ENRIQUE SAENZ SAMPER**  
Reclamo: **5130004615546**  
Caso: **OVI-126280-2**

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 **JORGE ENRIQUE SAENZ SAMPER**, identificado con cédula de ciudadanía **19.077.260.** 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

Compañía da Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2  
Av. El Dorado N.68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia  
[www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.



SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES  
PARA CRÉDITO DE CONSUMO Y COMERCIAL

LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD FORMA PARTE DEL CONTRATO Y CUALQUIER FALTA A LA VERDAD ES CAUSAL DE NULIDAD DE ESTE SEGURO (ART. 1058 Y 1158 DEL C.CO.)  
ASEGURESE DE ENTENDER EL CONTENIDO DE CADA PREGUNTA Y SI TIENE DUDAS COMUNIQUESE CON SU ASESOR O CON NUESTRAS LÍNEAS DE ATENCIÓN Y SERVICIO.

Fecha de Solicitud: 08/07/2024 Oficina: C11 94 Código Oficina: 4572 Cédula Funcionario: 1030679739

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos: Jorge Enrique Sáenz Samper Tipo de Identificación: C.C. C.E. O No. de Identificación: 19077260 Fecha de Nacimiento: 02/07/1949  
Dirección de Correspondencia: C11 94 N 16-09 Ciudad: Bogotá Departamento: Cundinamarca Teléfono de Contacto: 6354817  
Número Celular: 3102415028 Correo Electrónico: JESaenz@gmail.com Medicina Prepagada: EPS Alianzaudl Pese: 62 Estatura: 1.68

SEGURO DE VIDA

CRÉDITO EN TRÁMITE

Amparos Solicitados: Vida Incapacidad total y permanente Línea de Crédito: CX Rotativo Valor del Crédito/Seguro solicitado: \$ 21.600.000

BENEFICIARIOS

Nombre o Razón Social	Parentesco	Calidad	% Participación
BANCO DAVIVIENDA		ONEROSO	Saldo insoluto de la deuda

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD IMPORTANTE

Favor marcar con "x" según corresponda a sus antecedentes médicos o estado de salud actual. Ha sufrido o le han diagnosticado

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Hipertensión Arterial?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	13. ¿Enfermedad de la Piel, Huesos o Articulaciones?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	14. ¿Tiene secuelas de alguna enfermedad o accidente?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. ¿Sobrepeso / Obesidad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	15. ¿Enfermedades Neurológicas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. ¿Enfermedades del Corazón?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	16. ¿Enfermedades Psiquiátricas o trastorno de Ansiedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. ¿Enfermedades de Arterias o Venas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	17. ¿Le han prescrito tratamiento por Alcoholismo o consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6. ¿Diabetes?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	18. ¿En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento con medicamentos, terapias o psicoterapia por más de 6 meses, o tiene programada alguna cirugía o procedimiento quirúrgico?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	19. ¿Tiene COVID-19 en este momento, o cuando lo tuvo requirió hospitalización, o tiene actualmente secuelas de esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8. ¿Enfermedad Pulmonar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
9. ¿Enfermedad del Hígado?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
10. ¿Enfermedad de Riñones o Vejiga?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
11. ¿Enfermedades de la sangre o páncreas?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			
12. VIH positivo o SIDA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>			

\*Cuando exista algún "SI" como respuesta, la aceptación del seguro queda condicionada a la valoración de la información médica del solicitante, que realice Seguros Bolívar.

DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. Conozco y doy fe que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad es verídico y que tengo el conocimiento de que esta solicitud formará parte integral de contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.). La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan existir en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C.Co.).  
2. Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y deberes como asegurado; las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, periodo de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otros; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro; los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo (art. 1058 Código de Comercio); las consecuencias de la mora en el pago de la prima. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas, y que en caso de requerir más información puedo consultar la página web [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com) o a través de su línea de atención telefónica #322

AUTORIZACIONES

1. AUTORIZACIÓN PARA HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi 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 ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, extendiendo lo dispuesto en el artículo 2196 del Código Civil.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE NO APROBAR LA PRESENTE SOLICITUD DE SEGURO, EN CASO DE SER OTORGADO EL SEGURO, ESTE ENTRARÁ EN VIGENCIA EN LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO ASOCIADO A LA PRESENTE SOLICITUD.

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO. ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO REGISTRADO EN EL MISMO Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN LLAMANDO DESDE CELULAR AL #322, DESDE FIJO EN BOGOTÁ AL 3122122 O A LA LÍNEA 018000123322 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE BOGOTÁ.

*Jorge Enrique Sáenz Samper*  
FIRMA DEL SOLICITANTE  
Identificación No. C.C. 19.077.260





**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA  
**19.077.260**

NUMERO

**SAENZ SAMPER**


APELLIDOS

**JORGE ENRIQUE**

NOMBRES

*Jorge Enrique Sáenz*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-JUL-1949**

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

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** **A-** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**18-SEP-1970 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Rengifo López*

REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500117-42136802-M-0019077260-20050928 0747805271A 02 201193484

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.604.975**

**LOAIZA CAPERA**

APELLIDOS

**JOSE IGNACIO**

NOMBRES

  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

**09-FEB-1972**

**COYAIMA**  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.71**

ESTATURA

**O+**

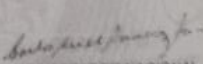
G.S. RH

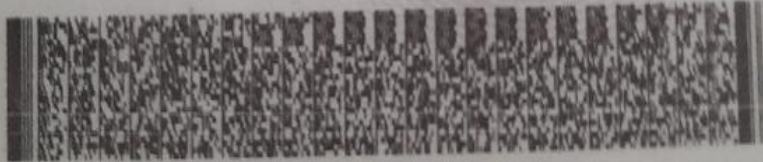
**M**

SEXO

**19-OCT-1990 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00252211-M-0079604975-20100825

0023563553A 1

1230918739