



Bogotá D.C 6 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

| | | | | |
|------------|---|-------------------|---|-----------------|
| Referencia | : | INVESTIGACION | : | GRUPO |
| | | ASEGURADO | : | SANTIAGO GUZMAN |
| | | CEDULA CIUDADANIA | : | 1118546209 |
| | | RECLAMO | : | 51340000196 |
| | | CONSECUTIVO | : | OIV-124964-1 |

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 18 DE NOVIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



1. Datos del Asegurado

| | |
|---|---|
| Nombre y Apellidos completos | Cédula |
| Santiago Guzman Diaz | 1.118.546.209 |
| Edad | Teléfono |
| 33 | |
| Ocupación habitual | En caso de fallecimiento, edad al morir |
| Electromecanico | 33 años |
| Amparo por el que desea reclamar | |
| Vida <input checked="" type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> | |

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 | Clínica Universitaria Colombia | 17 08 2024 |
| Dé un informe detallado de los hechos: Le descubrieron un tumor cerebral el cual neurocirugía dijo que se debía operar, la cirugía fue programada para el 15/08/2024, fue realizada; y el día 17/08/2024 el médico de UCI informó que le había dado un paro cardiorrespiratorio a las 6:10 am y murió. | | |

3. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

| 1. Nombre | Parentesco | Cédula | Correo Electrónico | Firma |
|-----------------------------|------------|---------------|-----------------------------------|-------|
| Edilma del Carmen Diaz Sosa | Mamá | 23.861.826 | edilmadelcarmendiazsosa@gmail.com | |
| Luis Eduardo Guzman Acevedo | Papá | 4.193.474 | guzmanacevedoluis@gmail.com | |
| Julian Eduardo Guzman Diaz | Hermano | 1.118.536.689 | juliano214guzman@gmail.com | |
| Gisela Guzman Diaz | Hermana | 1.118.572.168 | giselaguzmandiaz461@gmail.com | |
| 5. Nombre | Parentesco | Cédula | Correo Electrónico | Firma |
| | | | | |

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

| | |
|---|--|
| Primera vez <input checked="" type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> | Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago. |
| Tipo de cuenta | Número de cuenta |
| Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | 262-713606-21 |
| Nombre entidad financiera | |
| Bancolombia | |

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

5. Envío de correspondencia

| | |
|---|----------|
| Nombre | Teléfono |
| Edilma del Carmen Diaz Sosa | 3 |
| Dirección | Ciudad |
| Vereda Corinto - Pajarito - Boyacá | Boyacá |
| Correo electrónico | |
| edilmadelcarmendiazsosa@gmail.com | |
| Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

6. Autorizaciones

1. HISTORIA CLÍNICA Y OTROS SEGUROS: 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 sea 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.


2. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para que trate los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 1. Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 2. Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3. Realizar contactos para la medición del nivel de satisfacción respecto al trámite y/o servicio prestado por Compañía de Seguros Bolívar.

3. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: servicioalcliente@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para realizar el trámite de reclamación ante Compañía de Seguros Bolívar.

Al firmar declaro que toda la información suministrada en este formulario es veraz y está completa. 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.

Fecha


Asegurado o Beneficiario Reclamante
C.C. No. 23861826



Huella

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.546.209

GUZMAN DIAZ

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1991

YOPAL
(CASANARE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

13-ENE-2009 YOPAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-4600100-00154959-M-1118546209-20090422

0010946350A 1

30891292

LEST-DC CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

11198324



| | | | | | | | |
|---|---------------|---------|-------------------------------------|-----------|---------------|------------------|--------------|
| Datos de la oficina de registro | | | | | | | |
| Clase de oficina: | Registraduría | Notaría | <input checked="" type="checkbox"/> | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código A 8 D |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía | | | | | | | |

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 21 BOGOTÁ DC * * * * *

| | |
|--|---------------------|
| Datos del inscrito | |
| Apellidos y nombres completos | |
| GUZMAN DIAZ SANTIAGO * * * * * | |
| Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras) |
| CC No. 1118546209 * * * * * | MASCULINO * * * * * |

| | |
|---|---|
| Datos de la defunción | |
| Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía | |
| COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * * | |
| Fecha de la defunción | Hora |
| Año 2 0 2 4 Mes A G O Día 1 7 06:10 | Número de certificado de defunción 24086620649782 * * * * * |
| Presunción de muerte | |
| Juzgado que profiere la sentencia | Fecha de la sentencia |
| * * * * * | Año Mes Día |
| Documento presentado | Nombre y cargo del funcionario |
| Autorización judicial <input type="checkbox"/> Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/> | FABIO CAMILO ROMO ESCORCIA - MEDICO * * * * * |

| | |
|---|-------|
| Datos del denunciante | |
| Apellidos y nombres completos | |
| MORENO PICO VIVIAN ELIANA * * * * * | |
| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
| CC No. 52083717 * * * * * | |

| | |
|---|-----------|
| Primer testigo | |
| Apellidos y nombres completos | |
| * * * * * | |
| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
| * * * * * | * * * * * |

| | |
|---|-------|
| Segundo testigo | |
| Apellidos y nombres completos | |
| * * * * * | |
| Documentos de identificación (Clase y número) | Firma |
| * * * * * | |

| | | |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| Fecha de inscripción | | Nombre y firma del funcionario |
| Año 2 0 2 4 Mes A G O Día 2 0 | CARMINA CASTILLO PRIETO-E | |

ESPACIO PARA NOTAS

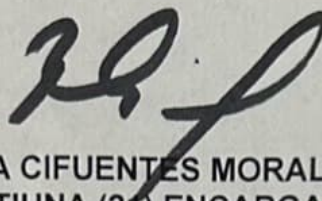
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Verónica Trujillo

Escudón S.A.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN
LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL
INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON
LO ESTABLECIDO CON EL ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970. ESTA
COPIA NO CADUCA

FECHA 28 DE AGOSTO DE 2024



RAQUEL SOFIA CIFUENTES MORALES
NOTARIA VEINTIUNA (21) ENCARGADA

Resolución No 8457 del 08 de agosto de 2024

