

Bogotá D.C. noviembre 12 de 2024

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

REF:      Solicitud:      **COPIA DE HISTORIA CLINICA**  
         Asegurado:      **AGUSTIN BLANCO SILVA**


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 **AGUSTIN BLANCO SILVA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. **5.696.901**. Onzaga.

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 08 de 2024

Señores  
CLINICAS, HOSPITALES Y EPS  
La Ciudad

Referencia

Asegurado: **AGUSTIN BLANCO SILVA**  
Reclamo: **5131004545542**  
Caso: **OVI-124397-1**

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 **AGUSTIN BLANCO SILVA**, identificado con cédula de ciudadanía **5.696.901.** 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 de 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.



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES  
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario

1. Datos del Asegurado

Nombre y Apellidos completos		Cédula
Agustin Blanco Silva		5696901
Edad	Dirección actual	Ciudad
64	Calle 181 A # 16-62. Piso 2	Bogotá
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir	
Pensionado		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida <input type="radio"/> Rentas <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="radio"/> Accidentes Personales <input type="radio"/> Gastos Médicos <input type="radio"/> Hospitalización <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 checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	Bogotá - Fumigar	29-04-2024

Dé un informe detallado de los hechos:

Aproximadamente en el año 2022 me diagnosticaron con C20X tumor maligno del Recto y debido del Avance del tumor, este afectó otros órganos raem por la cual el 29-07-2024 me realicaron una colostomía y orquiectomía (Radical). Debido a mi enfermedad no me permite realizar ninguna Actividad que me permita Recibir Ingreso y la Pensión no me alcanza Para cubrir los créditos Actuales

3. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar: Agradezco su colaboración del caso.

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

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	Nombre entidad financiera
Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	488474102829	Banco Davivienda

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
Agustin Blanco Silva	3124452729
Dirección	Ciudad
Calle 181 A # 16-62 Piso 2	Bogotá
Correo electrónico	
agustinblancoosilva@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](mailto: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

23 10 2024

Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. 5696901



Huella

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

NUMERO: **5.696.901**  
**BLANCO SILVA**

APELLIDOS  
**AGUSTIN**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1959**

**ONZAGA**  
(SANTANDER)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.68** **O+** **M**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**22-DIC-1977 ONZAGA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00007163-M-0005696901-20080506 0000237867A 1 1410013810



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+**

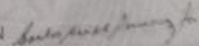
U.S. RH

**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