



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	
ROBERTO ARTURO GÓMEZ MORA		80.027 037	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
44	Cll 174 C # 58-30	Bogotá	3177885214
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
Diseñador Industrial			
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 checked="" 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 checked="" type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio	Calle 153 - Av. Boyacá / Bogotá	23 08 2024
Dé un informe detallado de los hechos: El 23 de Agosto, 7:30 AM aprox, mientras cruzaba la Av Boyacá por la cebrá, en mi bicicleta. En la calle 153, fui atropellado por una moto, causando fractura de tibia y peroné en pierna derecha y radio en brazo izquierdo, corte del mentón, dislocación en dedo medio de mano izquierda, múltiples hematomas		
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		
DD	MM	AAAA
5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
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.		
SANITAS E.P.S.		
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente		
SANITAS, Centro Médico Norte. Calle 163 A # 22-02		
10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual		
Magaly López / Calle 163 A # 22-02 - Bogotá		
¿Desde hace cuánto tiempo?		
10 Meses		
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:		

Nombre	Especialidad
Germán Roa Bohorquez	Ortopedia
Dirección	Ciudad
Clínica de Alcalá Av Carrera 19 # 135-24	Bogotá
Teléfono	
3118744977	
Nombre	Especialidad
Martha Catalina Buitrago Perdomo	Cirugía Plástica
Dirección	Ciudad
Av Calle 19 # 135-24	Bogotá
Teléfono	
3118744977	

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Clínica Alcalá	23 08 2024	30 08 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
Av calle 19 # 135-24	Bogotá	3118744977
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)

Pendiente por definir

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

Fisioterapia pié derecho y mano izquierda

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

SI ☐ No ☒

10 Semanas, por incapacidad

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Lilío Mora Buitrago	Madre	41.428.421	rag-un@hotmail.com	Rilío Mora Buitrago
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

Roberto Arturo Gómez Mora

Teléfono

3177885214

Dirección

Cll 174 C # 58-30

Ciudad

Bogotá

Correo electrónico

rag-un@outlook.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

rag-un@outlook.com

Lugar y Fecha

Bogotá Nov 2/2024



Huella

C.C. 80.027.037.

Firma del Asegurado

C.C. 41.428.421

Firma del Beneficiario reclamante