

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	Cédu	da	46	
evelid macias analona	121	434	28	
Edad Dirección actual	12.1 Gludac 50.4 so de fallesimiento, edad a	, ,	/ Teléfone	-00
52 calle 2 sur -4-03 est	= San	agos	131246	284
Deupación habitual En cas	io de fallecimiento, edad a	morie		
DOGENTE				
Amparo por el que deses reclamar				
Vida	raves () Accidentes Per	sonales ()	Gastos Médicos	0
2. Detailes del accidente, enfermedad o fallocimiento ES INDISPENSABL	E ADJUNITAR HISTORIA GLÍNIC	A Y EXAMENES	ot awayosned	
Causa Lugar			Fecha	
O Accidente Atenfermedad O Homicidio O Sulcidio San Co Dé un informe detallado de los hechos: ME practicare Y ME INCAPACITARON	agustin		20 10	202
Di un informe detallado de los hechas: W. 6			30 10	000
a me bractican	on una	CIVU	910	
incapacitaron			J	
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los sintomas? En qué fecha con	sultó por primera vez a un	médico en rela	lación con su en	fermedad?
26/09/2024				
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta	enfermedad			
26 09 2024				
6. Otros antecedentes del asegurado				
The second secon				
	LOCKE V			
Tiempo de evo	fucion:			
Management of the second of th				
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? Si No			12	
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIO NOO	manciste	1 vol	0.100.	
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SIB NOO SI su respuesta es afirmativa, indique cual DIN OYOME del	mangute	tor u	atori	<u></u>
Si su respuesta es afirmativa, indique cual SIN OYOME del	mangute	407 c	atori	<u></u>
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad ? SI® NoO SI su respuesta es afirmativa, indique cual SIN dYOME del 8. Indique el nombre de su E.P.S.	mangute	40t	atori	<u>u_</u>
8. Indique el nombre de su E.P.S.	Es a	YOY	a for c	
Si su respuesta es afirmativa, indique cual DIN OYOME del	Es a			
8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente	Es a			
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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	Es al		Beneficiario	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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	Es al	filiado 🔾	Beneficiario	
Si su respuesta es afirmativa, indique cual DIN OYONE de l 8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual	Es al	filiado 🔾	Beneficiario	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 5 7 fermedad o accidente:	filiado () hace cuánto	Beneficiario	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 11. Indique los médicos gespecialistas que ha consultado en relación con su en	¿Desde 5 7 fermedad o accidente:	filiado 🔾	Beneficiario	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 300 000000000000000000000000000000000	¿Desde Somedad o accidente: Espec	filiado () hace cuánto	Beneficiario tiempo?	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 11. Indique los médicos gespecialistas que ha consultado en relación con su en	¿Desde 5 7 fermedad o accidente:	filiado () hace cuánto	Beneficiario	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 300 000 100 100 100 100 100 100 100 100	¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec	hace cuánto	Beneficiario tiempo?	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 300 000 100 100 100 100 100 100 100 100	¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec	filiado () hace cuánto	Beneficiario tiempo?	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 300 000 100 100 100 100 100 100 100 100	Es al ¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec Ciudad	hace cuánto	Beneficiario tiempo? Teléfono	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 300 000000000000000000000000000000000	¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec	hace cuánto	Beneficiario tiempo?	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 11. Indique los médicos despecialistas que ha consultado en relación con su en Nombre Dirección	Es al ¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec Ciudad	hace cuánto	Beneficiario tiempo? Teléfono	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente 0. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 300 00 5 100 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	Es al ¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec Ciudad	hace cuánto	Beneficiario tiempo? Teléfono	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la L.P.S. que lo atiende regularmente 10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual 300 0 5 100 - 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Es a ¿Desde 6 7 fermedad o accidente: Espec Ciudad Espec	hace cuánto	Beneficiario tiempo? Teléfono	
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 500 0 510 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Es a ¿Desde 6 7 fermedad o accidente: Espec Ciudad Espec	hace cuánto	Beneficiario tiempo? Teléfono	0
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 500 000 000 000 000 000 000 000 000 00	Es a ¿Desde 6 7 fermedad o accidente: Espec Ciudad Espec	hace cuánto	Beneficiario tiempo? Teléfono Teléfono Fecha de S	0
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 500 000 000 000 000 000 000 000 000 00	Es a ¿Desde 6 7 fermedad o accidente: Espec Ciudad Espec	hace cuánto hace dialidad de Ingreso	Beneficiario tiempo? Teléfono Teléfono Fecha de S	O
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 300 000 000 000 000 000 000 000 000 00	Es al ¿Desde 5 7 fermedad o accidente: Espec Ciudad Espec Ciudad	hace cuánto hace dialidad de Ingreso	Beneficiario tiempo? Teléfono Teléfono Fecha de S	O
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 500 CC STONE 11. Indique los médicos despecialistas que ha consultado en relación con su en Nombre Dirección Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Indique del Centro Hospitalario	Es al ¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec Ciudad Espec Ciudad Fecha	hace cuánto hace cuánto halidad	Beneficiario tiempo? Teléfono Teléfono Fecha de S	O alida
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 SAM A STANDON CONTROL CONTROL CONTROL 11. Indique los médicos d'especialistas que ha consultado en relación con su en Nombre Dirección Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique: Iombre del Centro Hospitalario Dirección	Es al ¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec Ciudad Espec Ciudad Fecha	hace cuánto hace dialidad de Ingreso	Beneficiario tiempo? Teléfono Teléfono Fecha de S Teléfono Fecha de S	O alida
8. Indique el nombre de su E.P.S. 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 300 000 11. Indique los médicos despecialistas que ha consultado en relación con su en Nombre	Es al ¿Desde 57 fermedad o accidente: Espec Ciudad Espec Ciudad Fecha	hace cuánto hace cuánto halidad	Beneficiario tiempo? Teléfono Teléfono Fecha de S	O alida

Compañía de Seguros Bolivar S.A. • Nit. 860,002 503-2 Avenida el Dorado No. 688-31, piso 10 • Tet. #322 Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com

Marie of 5 of win las	bejends, _G hiesi sua	ms semps to make	
lafecement etiencur			
Parentiesco	Sédula	Correc Electronico	Frms
Paremiesco	Cedula	Comes Electrónics	Firms
Parentesco	Cédule	Comes Electrónico	Firms
Farentiesco	Cédula	Correc Electrónics	Firms
Parentesco	Cédule	Comes Electrónico	Firms
ivor indicer # Tugar 5k e	nilo de comesporo	Sencia	
	Telefona		
		Cludad	
	Parentesco Parentesco Parentesco Parentesco Parentesco Parentesco Parentesco	Farentiesco Cédula Farentiesco Cédula Farentiesco Cédula Farentiesco Cédula Farentiesco Cédula Farentiesco Cédula	Faremesco Cedula Comeo Electrónico Faremesco Cedula Comeo Electrónico Faremesco Cédula Comeo Electrónico Faremesco Cédula Comeo Electrónico Paremiasco Cédula Comeo Electrónico Faremiasco Cédula Comeo Electrónico Faremaciasco Cédula Comeo Electrónico Fa

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑIA ACCEDA. A TODA LA INFORMACIÓN MEDICA QUE REQUIERA. INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MEDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRA 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 PERDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autoriza que las comunicaciones sean enviadas al comeo electrónico



Huella

Eve/10 Mccias Firma del Asegurado C.C.No. 12143 488

Firma del Beneficiario reclar C.C. No. 12/43 425

