

Bogotá D.C., 29 de noviembre de 2024

Señores
CLINICAS Y/U HOSPITALES
Estadística y/o Archivo
Ciudad

ASUNTO:	SOLICITUD	HISTORIA CLINICA
REFERENCIA:	ASEGURADO	JESUS DAVID MORALES PUELLO
	RECLAMO	OIV-125128-1

Como asesores externos de **SEGUROS BOLIVAR** muy comedidamente nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar **copia de la historia clínica COMPLETA**, correspondiente al señor **JESUS DAVID MORALES PUELLO** identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1143370007** quien fue atendida por ustedes.

Como soporte de la presente petición anexamos fotocopia de la Declaración de asegurabilidad, copia de la cedula de la asegurada, formato para reclamaciones de seguros de vida y sus anexos, en la que media autorización para realizar la presente solicitud de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, para obtener todas y cada una de las Historias Médicas.

Agradezco de antemano la valiosa y oportuna colaboración prestada, puesto que dicha información se hace necesaria con carácter **URGENTE**, para finiquitar proceso en la reclamación del siniestro en comento.

Cordialmente,



ANDREA TOVAR
Analista de siniestros



Bogotá D.C 28 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	JESUS DAVID MORALES PUELLO
		CEDULA CIUDADANIA	:	1143370007
		RECLAMO	:	26000000739
		CONSECUTIVO	:	OIV-125128-1

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 9 DE DICIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida



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	
Jesus David Morala Puello		M43370007	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
31	urbanización ASTURIAS M-7T LOTE 34 S.8	Cartagena	3246213167
Ocupación habitual		En caso de fallecimiento, edad al morir	
Auxiliar Contable			
Amparo por el que desea reclamar			
Vida <input type="radio"/>	Rentas <input checked="" type="radio"/>	Incapacidad total y permanente <input type="radio"/>	Enfermedades Graves <input type="radio"/>
		Accidentes Personales <input 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 type="radio"/> Accidente <input checked="" type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio		DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos:		
Fiebre alta, náusea, dolor abdominal y se realizaron exámenes médicos y salió infección urinaria por una bacteria llamado E. coli		
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 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad		
DD MM AAAA		
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.		
Salud Total		Es afiliado <input checked="" type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/>
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 hace cuánto tiempo?
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:		
Nombre	Especialidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Nombre	Especialidad	
Dirección	Ciudad	Teléfono

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario Indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Centro Hospitalario Serena del Mar	07 08 2024	13 08 2024
Dirección	Ciudad	Teléfono
VIA Del Mar Km 8	Cartagena	6056428484
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)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

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

Si ☐ No ☐

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

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

16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia

Nombre

Jesús David Morales Puello

Teléfono

324 6213167

Dirección

Urbanización Antillas M-27 lote 34 sector 8

Ciudad

Cartagena

Correo electrónico

jesusdavidmoralesspuello@gmail.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

jesusdavidmoralesspuello@gmail.com

Lugar y Fecha

Cartagena - 01/11/2024



Huella

Jesús David Morales Puello

Firma del Asegurado

C.C. No.

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.143.370.007**

MORALES PUELLO

APELLIDOS
JESUS DAVID

NOMBRES

Jesus Morales
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-AGO-1993**

CARTAGENA
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.74

ESTATURA **O-** SEXO **M**

G.S. RH

30-DIC-2011 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0500150-00377481-M-1143370007-20120522 0029996379A 1 37630220

SECRETARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL