



## FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

### 1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
Ocupación habitual	En caso de fallecimiento, edad al morir		
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 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 type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio		DD	MM	AAAA
Dé un informe detallado de los hechos:				
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.				
Es afiliado <input 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
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FormaB-117 (Red.Feb./16)

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	Teléfono
Dirección	Ciudad
Correo electrónico	

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

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_



Huella

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

C.C. No.

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.