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 Bolivar 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 Bolivar 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 podrian 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.

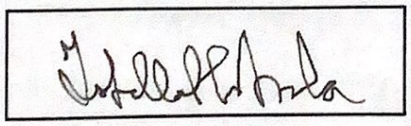
3. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los 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 linea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: 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

18	10	2023



Asegurado o Beneficiario Reclamante

C.C. No. 1144099862

Huella

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS BOLÍVAR

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	
Adriana Elizabeth Rueda Garcia			63325305	
Edad	**Dirección actual**		**Ciudad**	**Teléfono**
56	calle 6 oeste # 4-511		Cali	3164465629
Ocupación habitual		**En caso de fallecimiento, edad al morir**		
odontologa		56		

Amparo por el que desea reclamar

Vida ☒ Rentas ○ Incapacidad total y permanente ○ Enfermedades Graves ○ Accidentes Personales ○ Gastos Médicos ○ Hospitalización ○

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha
○ Accidente ☒ Enfermedad ○ Homicidio ○ Suicidio	Domicilio	23 09 2023

Dé un informe detallado de los hechos:

mi mamá falleció por su cancer de ovario el 23 de Septiembre del 2023

3. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

	Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
1.	Isabella Olave Rueda	Hija	1144099862	olaveisabella@gmail.com	
2.	Andrea Olave Rueda	hija	1010143575	andrea.olave0@gmail.com	
3.					
4.					
5.					

4. Datos para transferencia a nombre del Asegurado

Primera vez ☒ **Modificación** ○ **Nota:** La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago.

Tipo de cuenta	Número de cuenta	Nombre entidad financiera
Ahorros ☒ Corriente ○	315184246	Itaú

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
Isabella Olave Rueda		3104288573
Dirección	**Ciudad**	
Calle 6 oeste # 4-511	Cali	
Correo electrónico		
olaveisabella@gmail.com		

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico: Si ☒ No ○

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Forma B-117 (Red Dic./20)