



**POLIZA COLECTIVA DE ULTIMOS GASTOS
SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO**

No. de Póliza

UG-

Tomador	NIT	Vigencia Desde			Vigencia Hasta		
		DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
Asegurado Principal Afiliado						C.C.	
Dirección de Residencia				Ciudad		Teléfono	
Amparo				Valor Asegurado Inicial		Valor Prima Total	
Vida							

Parientes Dependientes y Beneficiarios	Identificación	Fecha de Nacimiento			Parentesco
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	

CERTIFICAMOS

1. Que el Tomador tiene contratada con la “**Compañía de Seguros Bolívar S.A.**”, la póliza de seguro anotada arriba, con el amparo único de vida (últimos gastos).
2. Que la “**Compañía de Seguros Bolívar S.A.**”, aceptará la inclusión en ella de la persona a quien se expide esta solicitud y de su grupo familiar siempre que su diligenciamiento sea correcto y ni por esta ni por otra circunstancia se origine devolución del documento.
3. Que la “**Compañía de Seguros Bolívar S.A.**”, al recibo de las pruebas de la ocurrencia del siniestro durante la vigencia del seguro pagará al Asegurado principal o a sus beneficiarios, en la proporción que se anota, el valor asegurado.

La declaración de asegurabilidad (forma GR-018) firmada para el seguro de vida grupo, aplica igualmente para esta póliza y hace parte integral de este contrato.

Autorizo (amos) a Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A. Y Capitalizadora Bolívar S.A. en forma expresa para reportar, procesar, solicitar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos todo lo relativo a nuestra información comercial.

Ciudad	Fecha		
	DD	MM	AAAA

Firma del Asegurado Principal
C.C. _____

Firma Autorizada