



Póliza No.

Fecha de expedición			Vigencia desde			Vigencia hasta			NIT. del Tomador	NIT. del Tomador		
D	M	A	D	M	A	A las 24 horas	D	M	A	A las 24 horas	860.007.266	FONDO DE EMPLEADOS DE SEGUROS BOLÍVAR

Datos Generales del Asegurado

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Tipo de documento	Número de documento	Fecha de nacimiento		
					D	M	A

Beneficiarios del Asegurado Principal

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
		Libre	

Amparos

Amparos	Asegurado Principal	Valor asegurado	Prima
Vida			
Incapacidad total y permanente			
Total prima de seguro de vida			

Certificamos

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud-certificado.

IMPORTANTE

La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Declaración de Asegurabilidad

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA ABSTENGASE DE FIRMAR Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNÍQUESE CON LA RED 322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS.

1. ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?*	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
2. ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
3. ¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?*	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

Información Médica

1. ¿Hipertensión arterial?*	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
2. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?*	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
3. ¿Diabetes?*	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
4. ¿Enfermedad coronaria y/o infarto?*	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

5. ¿Insuficiencia renal?* Si No
6. ¿Cáncer o tumores?* Si No
7. ¿Derrame o trombosis cerebral?* Si No
8. ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?* Si No
9. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?* Si No
10. ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?* Si No
11. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?* Si No
12. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?*
- ¿Cuál? _____ Si No
13. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?*
- ¿Cuál? _____ Si No
14. ¿Tiene programada alguna cirugía?*
- ¿Cuál? _____ Si No

Autorización de tratamiento de datos personales

Ante la Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que: La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías u los que haya a lugar.

Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis en el momento de una indemnización, aceptación del riesgo en caso de requerirse y posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo.

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

En caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que ésta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página www.segurosbolivar.com

Autorizo de manera irrevocable a la LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en la solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.

Autorización de Información Médica

Para efectos y en desarrollo de la póliza de seguro de vida, autorizo irrevocablemente a cualquier médico, clínica, hospital y en general a cualquier institución oficial o privada, para que suministre a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. toda la información que ésta requiera sobre mi estado de salud e historia clínica; y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la Compañía para solicitar y recibir de cualquier entidad de salud mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registren, así como sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento atendiendo a lo especificado en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio. La Compañía queda autorizada para tener acceso a dicha información u conservarla en sus archivos.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL _____

TIPO DE DOCUMENTO _____ NÚMERO _____



Huella Índice Derecho
Asegurado Principal