



Tomador			NIT			Clave intermediario			Póliza No.		
									Fecha de solicitud		
									D	M	A

Datos generales del solicitante

1er apellido		2do apellido		Nombre(s)					
Tipo y No. de documento		Fecha de expedición		Lugar de expedición		Sexo		Fecha de nacimiento	
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>		D M A				M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		D M A	
Lugar de nacimiento		Nacionalidad		Estado civil		Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/>			
E-mail		Celular		Teléfono residencia		Dirección residencia			
Ciudad de residencia		Departamento		Dirección de correspondencia					
Empresa donde trabaja		Cargo que desempeña							
Dirección de trabajo		Ciudad		Teléfono					

¿Está su vida protegida por algún seguro, tal como Vida Individual, Accidentes Personales, Colectivo de vida? (Relaciónelos)

Clase de seguro		Compañía		Póliza número		Valor asegurado	
Amparos para el asegurado principal				Edad		V/R Asegurado	
Vida							
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración							
Incapacidad Total y Permanente							
Enfermedades Graves							
Últimos Gastos							
Renta Diaria por Hospitalización							
Renta Diaria por Incapacidad PostHospitalaria							
Bono							

Beneficiarios del seguro

Nombres y Apellidos	Parentesco	Calidad	Participación

Autorización de tratamiento de datos personales

Ante 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 (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio), igualmente declaro haber entendido las condiciones generales de asegurabilidad tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantía 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. De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a LAS COMPAÑÍAS para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aun después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Nombre de su E.P.S. \_\_\_\_\_ Nombre de su medicina prepagada \_\_\_\_\_

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA SOLICITANTE  
Doc. de ident.: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_



Huella índice derecho

Fecha			Solicitud - Certificado
DD	MM	AA	

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

EL PRESENTE CUESTIONARIO Y CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A SU ESTADO DE SALUD Y EL DE SU CÓNYUGE, SI SE ASEGURA, ES FUNDAMENTAL PARA QUE LA ASEGURADORA PUEDA CONOCER EL ESTADO DEL RIESGO Y DEFINIR SI LE(S) OTORGA LA COBERTURA; POR LO TANTO, SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO PARA SU CÓNYUGE, ABSTÉNGASE 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.

- |   | Principal             |                       | Cónyuge               |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|   | SÍ                    | NO                    | SÍ                    | NO                    |
| • ¿Sufre usted de enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, cáncer, diabetes o recibe tratamiento con inmunosupresores?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • ¿Ha contraído usted el coronavirus o está en aislamiento sanitario debido a sospecha de contagio con el coronavirus?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • ¿Ha viajado durante los últimos 14 días al exterior o tiene planificado algún viaje al exterior?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>1. ¿Le han diagnosticado, ha recibido o recibe en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?</b>  |                       |                       |                       |                       |
| 1.1. Hipertensión arterial.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.2. Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.3. Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.4. Obesidad.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.5. Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.6. Cáncer de cualquier tipo.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.7. Insuficiencia renal, glomerulonefritis.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.8. Convulsiones, desmayos (más de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.9. Asma, bronquitis crónica o EPOC  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.10. Cirrosis, Hepatitis B o C   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.11. VIH, SIDA, tuberculosis.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.12. Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.13. Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.14. Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.15. Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.16. Enfermedades psiquiátricas.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.17. Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.18. Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.19. Disminución de la audición en uno o ambos oídos.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.20. Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Presenta actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿Presenta alguna alteración mental que limite su actividad diaria?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Tiene programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. ¿Tiene o ha tenido adicción al alcohol o a las drogas?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. ¿Practica ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. ¿Ha sido indiciado, sindicado o condenado por la justicia penal?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información

No. PREGUNTA	DESCRIPCIÓN RESPUESTA	OBSERVACIONES

¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores?. En caso afirmativo indicar cual: \_\_\_\_\_

- |  | SÍ                    | NO                    | SÍ                    | NO                    |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 8. ¿Sus actividades y ocupaciones, así como su trabajo han sido y son lícitas y las ha ejercido y las ejerce dentro de los marcos legales? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES: (SI APLICA)**

- |  | SÍ                    | NO                    | SÍ                    | NO                    |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 13. ¿En su núcleo familiar cercano (padres y hermanos) existen dos o más antecedentes de alguna de las enfermedades mencionadas en el numeral 1 de este documento? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: \_\_\_\_\_

**NOTA:** La falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes sería causal de nulidad del contrato de seguro, igualmente declaro haber sido informado sobre las condiciones generales del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras.

**Autorización de información medica**

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 y conservarla en sus archivos.



Huella índice derecho Asegurado principal

ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C.

CÓNYUGE  
C.C.