



Tomador		NIT	Clave intermediario	Póliza No.		
				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"/> NT <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 don de 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? (Relacionelos)

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 Seguros 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. _____

Hueco índice derecho

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

ORIGINAL: CLIENTE

Forma GR-018 (Rev. Oct. 16)

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 |
| 1. ¿Les han diagnosticado, han recibido o reciben en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas? | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| 1.1 Hipertensión arterial. | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre. | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol. | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 Obesidad. | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente. | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 Cáncer de cualquier tipo. | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 Insuficiencia renal, glomerulonefritis, enfermedad crónica del riñón, alguna otra enfermedad de los riñones. | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 Asma, bronquitis crónica o EPOC, enfermedades pulmonares. | <input type="checkbox"/> |
| 1.9 Convulsiones, desmayos (más de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple. | <input type="checkbox"/> |
| 1.10 Cirrosis, Hepatitis B o C. | <input type="checkbox"/> |
| 1.11 Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre. | <input type="checkbox"/> |
| 1.12 VIH, SIDA, tuberculosis. | <input type="checkbox"/> |
| 1.13 Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole. | <input type="checkbox"/> |
| 1.14 Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus. | <input type="checkbox"/> |
| 1.15 Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis. | <input type="checkbox"/> |
| 1.16 Enfermedades psiquiátricas o mentales. | <input type="checkbox"/> |
| 1.17 Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia. | <input type="checkbox"/> |
| 1.18 Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos, enfermedades de la retina. | <input type="checkbox"/> |
| 1.19 Disminución de la audición en uno o ambos oídos. | <input type="checkbox"/> |
| 1.20 Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico, trombosis cerebral. | <input type="checkbox"/> |
| 1.21 Enfermedades de las arterias. | <input type="checkbox"/> |
| 1.22 Enfermedades autoinmunes. | <input type="checkbox"/> |
| 1.23 Úlceras varicosas. | <input type="checkbox"/> |
| 1.24 Enfermedades de los discos de la columna vertebral. | <input type="checkbox"/> |
| 1.25 Secuelas de fracturas o traumas previos tanto de origen común como laboral. | <input type="checkbox"/> |
| 1.26 Sordera. | <input type="checkbox"/> |
| 1.27 Pérdida del habla. | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Presentan actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria? | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Presentan alguna alteración mental que limite su actividad diaria? | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tienen programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía? | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tienen o han tenido adicción al alcohol o a las drogas? | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Practican 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="checkbox"/> |
| 7. ¿Han sido indiciados, sindicados o condenados por la justicia penal? | <input type="checkbox"/> |

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

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?

PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES:

SÍ NO

9. ¿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?

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