



LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE NO APROBAR LA PRESENTE SOLICITUD DE SEGURO EN CASO DE SER OTORGADO EL SEGURO, ESTE ENTRARÁ EN VIGENCIA EN LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO ASOCIADO A LA PRESENTE SOLICITUD.

Fecha de Solicitud			Oficina	Código Oficina	Cédula Funcionario
D	M	A			

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombres y Apellidos			Tipo de Identificación		No. de Identificación	Fecha de Nacimiento		
			C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>		D	M	A
Dirección de Correspondencia			Ciudad	Departamento	Teléfono de Contacto			
Número Celular	Correo Electrónico	Medicina Prepagada			EPS			

**SEGURO DE VIDA**

Amparos Solicitados
<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente

**CRÉDITO EN TRÁMITE**

Línea de Crédito	Valor del Crédito/Seguro solicitado
	\$

**BENEFICIARIOS**

Nombre o Razón Social	Parentesco	Calidad	% Participación
BANCO DAVIVIENDA		ONEROSO	Saldo insoluto de la deuda

**IMPORTANTE:** Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD IMPORTANTE**

Favor marcar con "x" según corresponda a sus antecedentes médicos o estado de salud actual. Ha sufrido o le han diagnosticado

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Hipertensión Arterial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. ¿Enfermedad de la Piel, Huesos o Articulaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	14. ¿Tiene secuelas de alguna enfermedad o accidente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Sobrepeso / Obesidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. ¿Enfermedades Neurológicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Enfermedades del Corazón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. ¿Enfermedades Psiquiátricas o trastorno de Ansiedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Enfermedades de Arterias o Venas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. ¿Le han prescrito tratamiento por Alcoholismo o consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. ¿En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento con medicamentos, terapias o psicoterapia por más de 6 meses, o tiene programada alguna cirugía o procedimiento quirúrgico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. ¿Tiene sospecha de contagio o síntomas de COVID-19 o fue diagnosticado con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Enfermedad Pulmonar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19.1. ¿El diagnóstico de COVID-19 fue hace menos de 3 meses, o requirió hospitalización, o tiene secuelas de esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Enfermedad del Hígado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
10. ¿Enfermedad de Riñones o Vejiga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
11. ¿Enfermedades de la sangre o páncreas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
12. VIH positivo o SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

\*Cuando exista algún "SI" como respuesta, la aceptación del seguro queda condicionada a la valoración de la información médica del solicitante, que realice Seguros Bolívar.

**DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN**

1. Conozco y doy fe que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad es verídico y que tengo el conocimiento de que esta solicitud formará parte integral de contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.). 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 (Art. 1058 y 1158 del C.Co.).  
 2. Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y deberes como asegurado; las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, periodo de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otras; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro; los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo (art. 1058 Código de Comercio); las consecuencias de la mora en el pago de la prima. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas, y que en caso de requerir más información puedo consultar la página web [www.segurosbolivar.com](http://www.segurosbolivar.com) o a través de su línea de atención telefónica #322

**AUTORIZACIONES**

1. **AUTORIZACIÓN PARA HISTORIA CLÍNICA:** Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. 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 ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

**NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO. ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO REGISTRADO EN EL MISMO Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN LLAMANDO DESDE CELULAR AL #322, DESDE FIJO EN BOGOTÁ AL 3122122 O A LA LÍNEA 018000123322 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE BOGOTÁ.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

Identificación No. \_\_\_\_\_



Huella índice derecho del Asegurado