



YO: _____, mayor de edad, domiciliado en _____, nacido el día _____ del mes _____ del año _____, con _____ años cumplidos, identificado con No. _____ de _____, Dirección de residencia _____ Teléfono: _____, en mi calidad de Asegurado principal declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No sufro actualmente de dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-SIDA; tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones; enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares; lupus, artritis reumatoidea o enfermedades del colágeno similares; várices del esófago; trombosis o derrame cerebral: tromboflebitis, enfermedades de la sangre; enfermedades del páncreas; transplantes; obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anunciadas anteriormente o a dolencias directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecuencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mis actividades y ocupaciones como mi trabajo han sido y son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. No he sido indiciado, sindicado ni condenado por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la 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 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 por 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 aún 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 (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Nombre de mi E.P.S. _____ Nombre de mi medicina prepagada _____

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

EL SIGUIENTE ESPACIO SOLO APLICA PARA CRÉDITOS ASEGURADOS SOBRE EL VALOR DESEMBOLSADO
(Libranza -excepto Hipotecarias- y créditos de vehículo administrados en sistema FINCAR y FINLEA de Confinanciera)

BENEFICIARIOS DEL SEGURO			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	CALIDAD	PARTICIPACIÓN
BANCO DAVIVIENDA S.A.		ONEROSO	Hasta el saldo de la deuda, sin exceder el valor asegurado vigente

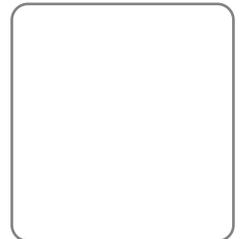
IMPORTANTE

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

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO Y ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO.

Una vez cumplidos los 70 años de edad, cesará la cobertura de Incapacidad Total y permanente.

Durante el primer año de vigencia de la póliza, no hay cobertura para muerte o Incapacidad Total y Permanente por Suicidio, intento de suicidio, VIH o SIDA.



Huella índice derecho

Firma del Asegurado principal
C.C.

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA OFICINA

¿El solicitante tiene actualmente préstamos con el Banco?	Cuantía:
Indique el valor total de los nuevos créditos aprobados: \$	Línea de crédito:

Vo.Bo. Asesor o informador

Nombre Asesor o informador

Oficina trámite

