SEGUROS BOLÍVAR

SOLICITUD INDIVIDUAL DE AFILIACIÓN TRADICIONAL DE

Grupo tradicional ○ Grupo UVR ○ Deudores ○

Póliza No.

Tomador	NIT	Clave intermediario	Fecha de solicitud D	M	A

Datos generales del solicitante

1er apellido	2do apellido	Nombre(s)

Tipo y No. de documento	Fecha de expedición D M A	Lugar de expedición	Sexo	Fecha de nacimiento D M A
C.C. ○ C.E. ○ NIT ○			M ○ F ○	

Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Estado civil
		Soltero ○ Casado ○ Separado ○ Viudo ○ Divorciado ○ Uniónlibre ○

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 PostHopitalaria		
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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Forma GR-018 (Red. Jul / 19)

SEGUROS BOLÍVAR

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD VIDA GRUPO - SIN HIJOS

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 RED322 01 8000 123 322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #322 O CON SU ASESOR DE SEGUROS.

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

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?	○	○	○	○
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?	○	○	○	○

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.

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

CÓNYUGE
C.C.

Huella índice derecho
Asegurado principal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ORIGINAL: **CLIENTE**

SEGUROS BOLÍVAR

CUESTIONARIO COVID - 19
A COMPLETAR POR LA PERSONA CANDIDATA AL SEGURO

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Género
	DD MM AAAA	Mujer ○ Hombre ○

1) ¿Según su médico, qué tipo de sintomatología tuvo su infección Covid-19?

Leve ○ Moderada ○ Severa ○ Crítica ○

2) ¿Le hospitalizaron por su infección / sospecha de Covid-19? **SI** ○ **NO** ○ En caso afirmativo responda las siguientes preguntas

Fecha de Alta Hospitalaria DD MM AAAA **Necesito usted de** Oxígeno ○ Ventilación (respiración artificial) ○

¿Fue hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)? Si ○ No ○

Aparte de los cuidados anteriormente mencionados, ¿recibió algún otro tipo de tratamiento (farmacológico, no farmacológico, cirugía, plasma convaleciente, etc.)? Si ○ No ○ En caso afirmativo, ¿cuáles?

3) ¿Antes de la infección con coronavirus, sufría Usted de enfermedades pulmonares, cardiovasculares (incluyendo hipertensión), obesidad, diabetes, enfermedades autoinmunes o patología renal? **SI** ○ **NO** ○ En caso afirmativo, ¿cuáles?

4) ¿Está Usted completamente curado y sin síntomas? **SI** ○ **NO** ○

En caso afirmativo, indicar desde qué fecha: DD MM AAAA

5) ¿A causa del Covid-19 tuvo secuelas/complicaciones (por favor especificar cuáles)?

○ Pulmonares ○ Cardiovasculares ○ Renales ○ Mentales/neurológicas ○ Musculo-esqueléticas ○ Otra ¿Cuál? _____ ○ Ninguna

6) ¿Después del alta, le ha efectuado controles periódicos? **SI** ○ **NO** ○ ○

En caso afirmativo, ¿los resultados del control fueron normales? Si ○ No ○

Fecha		
D	M	A

FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C _____

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA