



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	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? (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 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

