

**SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL
DE SEGUROS DE VIDA GRUPO**

No. solicitud / certificado 2159433				No. Póliza > Davivienda GR-50000 > Evento Libranza GR-144751	
Tomador BANCO DAVIVIENDA S.A.	Producto 721	Localidad 2801	Código funcionario 60744	Código oficina venta 6074	Diferido No. de cuotas para tarjeta de crédito 12
Periodicidad pago <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Ahorro <input type="radio"/> Corriente <input checked="" type="radio"/> Tarjeta de crédito	Tipo de cuenta	No. cuenta o tarjeta de crédito	Fecha de vencimiento T.C.		Póliza Semestral: Máximo 6 meses Póliza Anual: Máximo 12 meses
Nombre del asegurado principal Henry Niño Hurtado		Fecha de nacimiento 15 05 1963	Tipo de documento OCC.O.C.E.O.TI.	No. Documento de identidad 79.284.935	
Sexo <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Ocupación Independiente	Nombre EPS allian salud	Nombre medicina prepagada	Teléfono residencia 3365735	
Teléfono Celular 3175052612	Teléfono Oficina	Ciudad Bogotá	Departamento Cundinamarca		
Dirección calle 727 # 2-46 APT 301		Correo electrónico HenryNiño66304@hotmail.com			
Nombre del cónyuge (segundo asegurado)		Fecha de nacimiento	Tipo de documento OCC.O.C.E.O.TI.	No. Documento de identidad	
Sexo <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> M	Ocupación	Teléfono oficina	Teléfono Celular		

Certificamos

- Que el tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A., la póliza de seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A., aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(s) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de quince (15) días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el (los) seguro(s) o del (los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud-Certificado.

> **Valor asegurado tanto para el principal como para el cónyuge**

Amparos	Opción 64	Opción 63	Opción 62	Opción 67	Opción 66	Opción 71
Vida	\$40.000.000	\$50.000.000	\$60.000.000	\$75.000.000	\$90.000.000	\$15.000.000
Indemnización adicional por muerte accidental con beneficios por desmembración	\$40.000.000	\$50.000.000	\$60.000.000	\$75.000.000	\$90.000.000	\$15.000.000
Incapacidad Total y Permanente	\$40.000.000	\$50.000.000	\$60.000.000	\$75.000.000	\$90.000.000	\$15.000.000

De común acuerdo entre las partes queda establecida la vigencia del presente contrato así: Fecha de expedición y vigencia desde **05 10 2015** a las 4:00 p.m.
Vigencia hasta **05 10 2016** a las 4:00 p.m.

> **Beneficiarios asegurado principal**

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Diego Alejandro Niño Ospina	Hijo	Libre	50
Esteban Niño Ospina	Hijo	Libre	50

> **Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)**

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
		Libre	

Amparos	Asegurado	Edad	Prima (\$)
Vida, muerte accidental y beneficios por desmembración, incapacidad total y permanente.	Asegurado principal	52	530.600
	Cónyuge (segundo asegurado)		
			Prima total (\$) 530.600

> **Declaración de asegurabilidad**

No. 2159433

En mi calidad de Asegurado principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencia directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados 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. 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 nuestra 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 nuestra 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 nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

Importante:

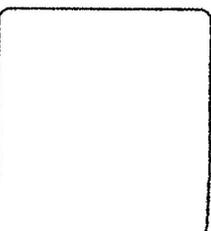
- **No firme si antes leer y entender el contenido del presente documento.**
- **Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).**
- **No firme sin antes recibir el clausulado.**

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestra RED 322 al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Asegurado principal
C.C. No. 2159433

Cónyuge
C.C. No.

NOTA: si el cónyuge no se encuentra presente, el asegurado principal puede firmar por poder en su representación.

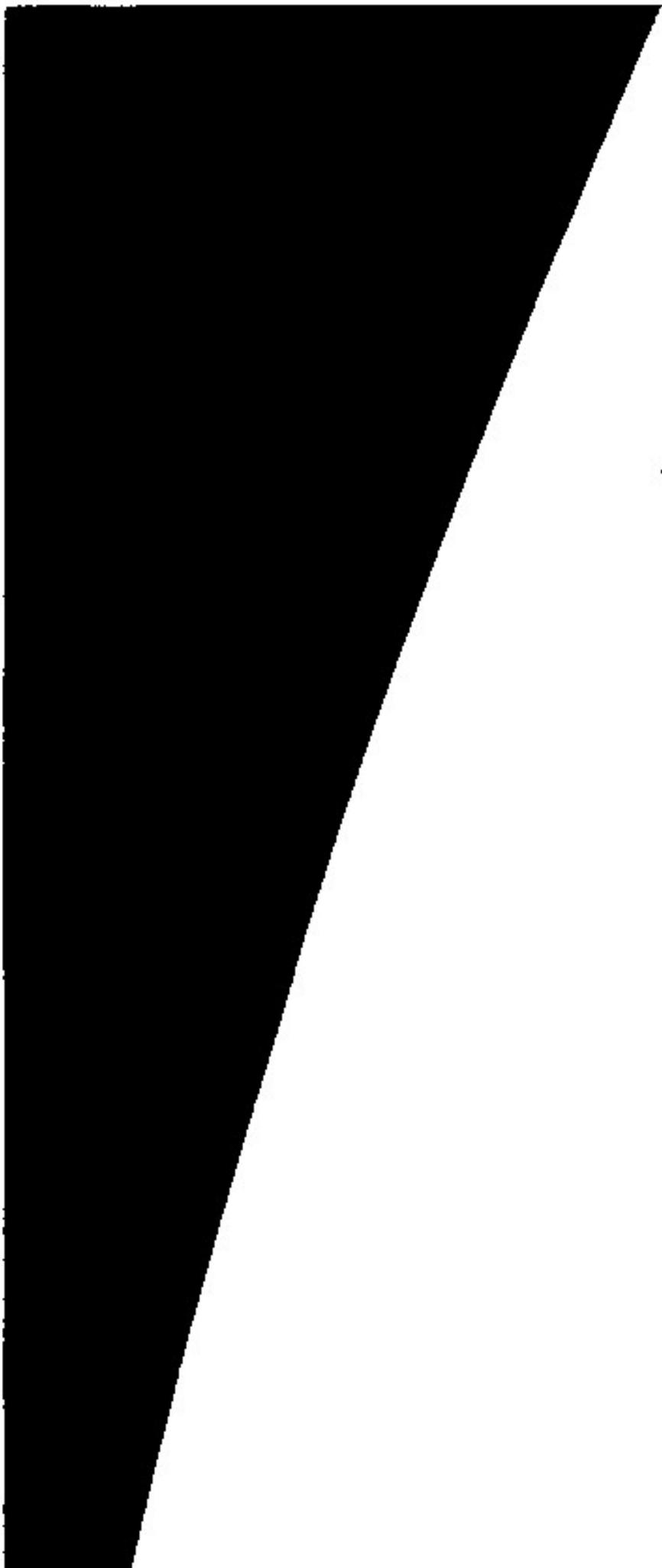


Huella índice derecho

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

COPIA: ASEGURADO



Asistencia Exequial

ASISTEN
B O I

> En estos momentos también estamos con su familia

Sabemos que es importante contar con un apoyo incondicional las 24 horas, todos los días del año.

Por eso estamos ahí, para apoyar, acompañar y brindar la ayuda necesaria a su familia a través de nuestro Verde.

> Asistencia exequial para el asegurado

En esos momentos difíciles, cuando la familia necesita tranquilidad, Seguros Bolívar se encarga de todos los trámites y procedimientos necesarios. No dude en llamarnos.

> Servicios de asistencia exequial

SEGUROS
BOLÍVAR



**PÓLIZA DE SEGURO DE
EN UNIDADES DE VALOR**

CONDICIONES GENERALES

Da vida Integral

b) VIH POSITIVO-SIDA
MUERTE DERIVADA
CIENCIA HUMANA.

TRANSCURRIDO ESTE PLAZO
O RELACIONADA CON VIH
PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE
CASO, HAYA SIDO POSTERIOR

CONDICIÓN TERCERA

Es la persona natural o jurídica
número determinado de

CONDICIÓN CUARTA

CONDICIÓN SÉPTIMA. LÍMITE D

De conformidad con lo dispuesto en
La Compañía limitará su responsabilidad
tomadas por un mismo asegurado ba
máximo igual al ofrecido en la opción
póliza, en el momento de expedir él c

CONDICIÓN OCTAVA. VALORES

El valor del Seguro de cada persona a
se indica a continuación:

El valor asegurado en todo momen
expresado en "LIVR" según la cotizac

Da vida Integral

corresponde al asegurado el
pago de la prima a La Compañía

Si las primas posteriores a la
gracia, se producirá la terminación
de toda responsabilidad

CONDICIÓN DÉCIMA

Las primas son anuales, semestrales,
trimestrales o mensuales,
respectivamente.

CONDICIÓN DÉCIMA

Las sanciones consagradas en esta póliza se aplicarán cuando, al celebrarse el contrato, ha conocido que versan los vicios de la declaración de asegurabilidad o los acepta expresa o tácitamente.

Si la reticencia o la inexactitud proviene del tomador o el asegurado respecto de su seguro individual.

PARÁGRAFO: La Compañía tendrá derecho a cancelar el seguro, a pena, en caso de que el tomador o el asegurado haya incurrido en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. FALTA DE PAGOS.

Transcurridos dos (2) años en vida o

Da vida Integral

CONDICIÓN DÉCIMA

La presente póliza es ren

Si las partes, con una ar
manifestaren lo contrar
período igual al pactad
presente Póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA

Los Asegurados menore
él por lo menos durante
de vida sin requisitos mé
baic la Póliza de Grupo