

> **Documentación básica** para el t

Documento

1. Fotocopia autenticada del registro civil de defunción del asegurado.
2. Formulario de declaración del médico (B-706) que atendió al asegurado.
3. Formulario de declaración del reclamante (VI-144).
4. Fotocopia autenticada del registro civil de nacimiento o la cédula de ciudadanía del asegurado.
5. Historia clínica completa del asegurado.
6. Certificación de la fiscalía en la que conste el tipo de muerte y el número de la cédula con que fue identificado el cuerpo.



BOLÍVAR

DAVIVIENDA

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS DE VIDA GRUPO

No. solicitud / certificado

2277409

No. Póliza

> Davivienda GR-50000
> Evento Libranza GR-144751

Tomador: BANCO DAVIVIENDA S.A. Producto: 721 Localidad: Código funcionario: Código oficina venta:

Periodicidad pago: Anual Semestral Ahorro Corriente Tarjeta de crédito
Tipo de cuenta: No. cuenta o tarjeta de crédito: Fecha de vencimiento T.C.:

Nombre del asegurado principal: Henry Niño Hurtado
Sexo: M Dirección de Residencia: Calle 12 F N 2-96 apt 301
Ciudad Residencia: Bogotá Departamento Residencia: Cundinamarca
Tipo de documento: C.C.C. O.C.E. O.T.I. No. Documento de identidad: 79.284.955 Fecha de nacimiento: 15 05 1963
Teléfono Celular: 3178002612 Teléfono Oficina: Correo electrónico: Henry.Hurtado6304@hotmail.com
Nombre EPS: alkinsalud Nombre medicina prepagada:

Nombre del cónyuge (segundo asegurado): Independiente
Sexo: M Ocupación: alkinsalud
Tipo de documento: C.C.C. O.C.E. O.T.I. No. Documento de identidad: Fecha de nacimiento:
Teléfono Celular: Teléfono oficina:

Seguros Bolívar S.A. certifica:

- 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 52 <input checked="" type="radio"/>	Opción 53 <input type="radio"/>	Opción 54 <input type="radio"/>	Opción 72 <input type="radio"/>	Opción 73 <input type="radio"/>	Opción 23 <input type="radio"/>
Vida	\$50.000.000	\$60.000.000	\$80.000.000	\$100.000.000	\$120.000.000	\$20.000.000
Indemnización adicional por muerte accidental con beneficios por desmembración	\$50.000.000	\$60.000.000	\$80.000.000	\$100.000.000	\$120.000.000	\$20.000.000
Incapacidad Total y Permanente	\$50.000.000	\$60.000.000	\$80.000.000	\$100.000.000	\$120.000.000	\$20.000.000

De común acuerdo entre las partes queda establecida la vigencia del presente contrato así: Fecha de expedición y vigencia desde 19 02 2017 a las 4:00 p.m.
Vigencia hasta 14 02 2018 a las 4:00 p.m.

> **Beneficiarios asegurado principal**

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Esteban Niño Ospina	Hijo	Libre	25
Pedro Alejandro Niño Ospina	Hijo	Libre	25
Nickis Niño Morroy	Hijo	Libre	25
Jhon Henry Niño Ramirez	Hijo	Libre	25

> **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	53	704.700
	Cónyuge (segundo asegurado)		
			Prima total (\$)

DE COLOMBIA

COMPANIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. BANCO DAVIVIENDA S.A.

d. Nov/16

> **Declaración de asegurabilidad**

NO. 2211403

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 consecuencial.
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.

> **Autorizaciones**

1. 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 bases 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 aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.
2. Como asegurado de la póliza de grupo por el valor del seguro anotado en la presente Solicitud - Certificado, autorizo al Tomador para que de acuerdo con mi edad y según la periodicidad de pago señalada en esta solicitud, haga el cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito citada, según la tabla de primas. Para tal fin, me obligo a mantener disponibles, en dicha cuenta, los fondos suficientes para cubrir el importe de la prima.
3. Autorizo que esta póliza se renueve automáticamente como beneficio para garantizar la continuidad de la protección.

Importante:

- **No firme si antes leery 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.**
- **Declaro que he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada por el asesor, 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 o a través de su línea de atención telefónica RED 322**

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. 74727955

Cónyuge
C.C. No.

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



COPIA: ASEGURADO



6469 267

NÚMERO DE PÓLIZA: 2801515074001

Fecha de diligenciamiento

D 14 M 02 A 2017

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL HOGAR

Tomador Asegurado

DECLARACIÓN SOBRE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO, COMPARTIR INFORMACIÓN DE BASE DE DATOS Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN.

Yo, Henry Niño Hurtado, identificado con CC No. 79.284.955 de Bogotá, ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que: Acepto que la póliza a la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a LAS COMPAÑÍAS a asumir ningún tipo de indemnización en caso de que por cualquier circunstancia se llegara a presentar un siniestro mientras la póliza se encuentra pendiente de aprobación. Igualmente acepto que el contrato de seguro no quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración si es el caso del riesgo objeto a asegurar en este contrato, y este haya sido aceptado por LAS COMPAÑÍAS, momento en el cual iniciará la vigencia de la póliza. Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis de aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización. La información suministrada por mí, vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente, es exacta, completa y verídica en la forma que aparece descrita, por lo tanto la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. Además autorizo a LAS COMPAÑÍAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

Tanto mi actividad como mi profesión son y han sido lícitas, los ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos para pagar la prima del contrato de seguro, provienen de mi actividad de Independiente

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(és) por mi contraída(s) con aquellas, para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la ley 1266 de 2008) reporten a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligaciones dinerarias contraída(s) con estas. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a LAS COMPAÑÍAS tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido.

Me obligo para con LAS COMPAÑÍAS, a mantener actualizada la información suministrada, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que dispongan para tal efecto.

En caso de ser un posible sujeto de tributación en los Estados Unidos, autorizo de manera irrevocable para que LAS COMPAÑÍAS envíen mi información personal al Internal Revenue Service (IRS) o a la entidad que ésta designe y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Para efectos de la presente autorización, LAS COMPAÑÍAS ubicadas en la Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 de Bogotá D.C., serán las entidades responsables del tratamiento de mis datos personales los cuales se recolectan observando la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; manifiesto que LAS COMPAÑÍAS me han informado de manera expresa, que mis datos personales serán tratados por LAS COMPAÑÍAS para las finalidades y por los usuarios de la información que se encuentran publicados en el aviso de privacidad en la siguiente página www.segurosbolivar.com

Autorizo de manera irrevocable a la LAS COMPAÑÍAS a corroborar con cualquier persona, institución o autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones con el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la LAS COMPAÑÍAS sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en la solicitud de seguro, así como para evaluar la aceptación de la misma.

Certifico que la información suministrada por mí y consignada en la declaración de asegurabilidad electrónica # 29721818860 que he diligenciado es totalmente verdadera en todas sus partes y forma parte integral del contrato de seguro; igualmente autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización pueda realizar los exámenes médicos que considere pertinentes, así como 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.

NOTA: 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, igualmente declaro haber sido informado sobre las condiciones generales del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras.

Henry Niño H.
Nombre del cliente

79284955
C.C./ NIT

[Firma]
Firma del cliente

[Huella]
Huella



Número de declaración electrónica : 29721818860

Fecha : 14 de Febrero de 2017

Número Documento : CC-79284955

Nombre : HENRY NIÑO HURTADO

Edad: 53 Años

Producto: Davida Integral

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

- | | | |
|----|---|--|
| 1. | ¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales? | <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| ● | ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 2. | ¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 3. | ¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |

INFORMACION MEDICA

- | | | |
|-----|---|--|
| 1. | ¿Cuál es su peso (Kilogramos)? | 75 |
| ● | ¿Cuál es su estatura (Centímetros)? | 170 |
| 2. | ¿Hipertensión arterial? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 3. | ¿Colesterol o triglicéridos elevados? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 4. | ¿Diabetes? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 5. | ¿Enfermedad coronaria y/o infarto? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 6. | ¿Insuficiencia renal? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 7. | ¿Cáncer o tumores? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 8. | ¿Derrame o trombosis cerebral? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 9. | ¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 10. | ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |
| 11. | ¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva? | <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No |





Número de declaración electrónica : 29721818860

Fecha : 14 de Febrero de 2017

Número Documento : CC-79284955

Nombre : HENRY NIÑO HURTADO

Edad: 53 Años

Producto: Davida Integral

12. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
13. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

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.



DATOS ENVÍO**NOMBRE:** HENRY NIÑO HURTADO**DIRECCIÓN:** CL 12F 2 96 APT 301**CIUDAD:** BOGOTA-BOGOTA**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** BANCO DAVIVIENDA S.A.**DATOS ASEGURADO - No. 1****NOMBRE:** HENRY NIÑO HURTADO**IDENTIFICACIÓN:** 79284955**EDAD:** 53 AÑOS**SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO****CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO****Póliza Principal N°:** 2801005000001**Póliza N°:** 2801515074001**Certificado:** 0 **N°:** 001**Fecha de Expedición:** 14/02/2017**VIGENCIA DEL SEGURO****DESDE**
14/02/2017

Día Mes Año

A las 24 horas

HASTA**14/02/2018**

Día Mes Año

A las 24 horas

BENEFICIARIOS**VER DETALLE DE 4 BENEFICIARIOS EN LA SIGUIENTE PÁGINA****AMPAROS**

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 50,000,000	\$ 576,462
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 50,000,000	\$ 85,000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 50,000,000	\$ 43,238

TOTAL PRIMA**\$ 704,700****Código de Clausulado que aplica:** 01052007-1407-P-34-GU-004. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
ESTEBAN NINO OSPINA	HIJO	25
PEDRO ALEJANDRO NINO OSPINA	HIJO	25
NICOLAS NINO MONROY	HIJO	25
JHON HENRY NINO RAMIREZ	HIJO	25

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 704,700
TOTAL A PAGAR	\$ 704,700
PERIODICIDAD DE PAGO:	ANUAL

Si desea mayor información comuníquese con:

CALL CENTER DE DAVIVIENDA

BOGOTÁ (1) 338 38 38
DESDE OTRAS CIUDADES DE COLOMBIA 01 8000 123 838

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

- **Límite de Responsabilidad:** Seguros Bolívar limita su responsabilidad cuando por este producto se suscriba más de una póliza a favor de un mismo asegurado hasta un valor asegurado máximo acumulado (vida + muerte accidental) de \$240,000,000

Firma Representante Legal