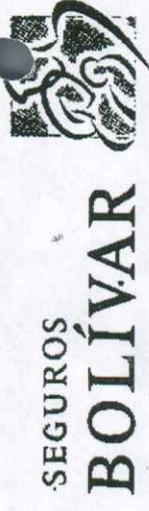


# AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO



PAG 2

SEGUROS

**BOLÍVAR**

**Título No.** 1354513    **Número de póliza** 60154    **Intermediario** 60154    **Ciudad** Popayan    **Fecha** 28/09/2015  
**Valor a descontar en letras** \$ 61.900    **Localidad de radicación** Popayan    **Valor a descontar** \$ 61.900    **NIT** 860.006.359-6  
**Compañía Bolívar**  CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.     COMPANHIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.     SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.  
**Valor a descontar**  PRIMA RIESGO     CUOTA DE AHORRO  
 Esta opción sólo para vida individual, cuentas de ahorro y corriente.

### Datos de la Cuenta

**Código entidad financiera** Cobencorandelcauca    **Ciudad** Popayan    **Primera/Caja** SI  NO   
**No. de la cuenta o tarjeta de crédito a debitar** COL 2570014394009    **NIT de la empresa** 891580016    **Código de libranza**   
**Canal de descuento**  TARJETA DE CRÉDITO     CUENTA AHORROS     CUENTA CORRIENTE     LIBRANZA  
 Diferido número de cuotas para tarjeta de crédito:  
 Póliza mensual: 1 mes • Póliza anual: máximo 12 meses  
 Póliza semestral: máximo 6 meses

### Datos del Cuentahabiente, Tarjetahabiente o Empleado - Libranza

**DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA**     CÉDULA     NIT     OTRO    **DIRECCIÓN**  
**SI ES COMPARTIDA RELACIONAR TITULAR**  
 1 ADRIANA CONSTANTE    48600178    CVD 12 # 34 N 204 TOME 1  
 2 Lemos    **CORREO ELECTRÓNICO** amcs@cauca.co.cr  
 1 Popayan    3152867228    **TELÉFONO** 0970 403  
 2

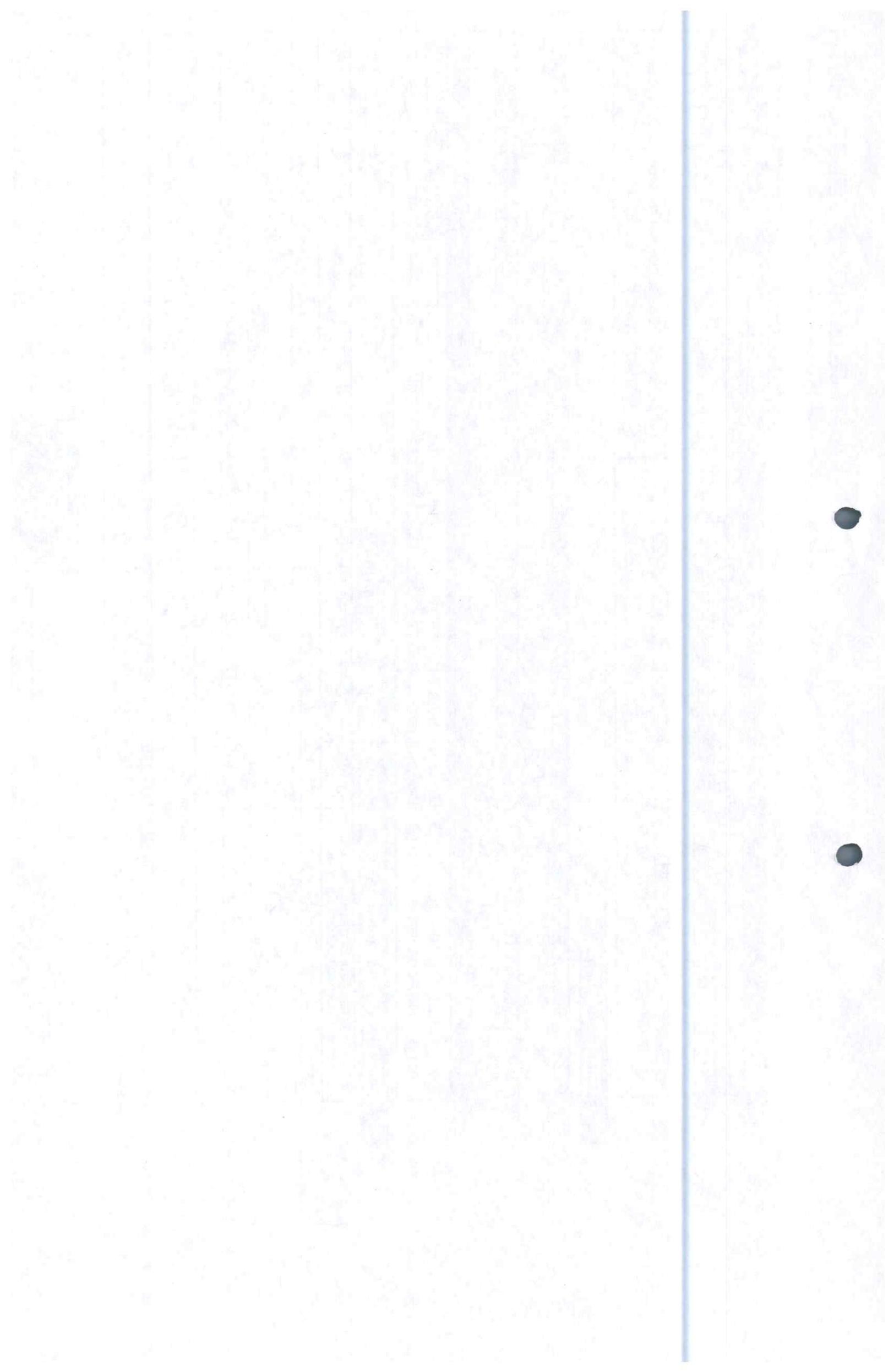
NOTA: El cuentahabiente, tarjetahabiente debe ser el mismo tomador del seguro o título de capitalización.

SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE INCREMENTA EL VALOR DE LA PRIMA EN LA RENOVACIÓN O SE INCLUYAN MODIFICACIONES EN SU COBERTURA, FACULTO A LA ENTIDAD AUTORIZADA A DESCONTAR LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE.

### Firma del (los) titular(es) de la cuenta, tarjeta de crédito o del empleado.

**PRIMERA FIRMA**    **SEGUNDA FIRMA**    **tuella indica derecho**  
 Adriana Constante         
 C.C. 48600178    **RESALTE EN ALTO RELIEVE**    83

ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO



**SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

PAG 2

No. Solicitud / Certificado	1354513
Póliza GR	2576614394009
	5371432

Producto	719 <input checked="" type="radio"/> 792 <input type="radio"/> Otro? <input type="checkbox"/>				
Fecha de expedición (DD/MM/AAAA)	Vigencia desde (DD/MM/AAAA)	A las 24 horas	Vigencia hasta (DD/MM/AAAA)	A las 24 horas	Localidad de radicación
20/09/2015	07/17/2015		07/01/2016		3553
Tipo y No. de documento del Tomador	Tomador	Código intermediario			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891580016	Edenación del Cauca	60154			
Periodicidad de pago de la prima	Forma de pago	Cód. Empleado			
Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input checked="" type="checkbox"/>	Débito Automático <input type="checkbox"/> Libranza <input checked="" type="checkbox"/>				

**Datos generales del asegurado**

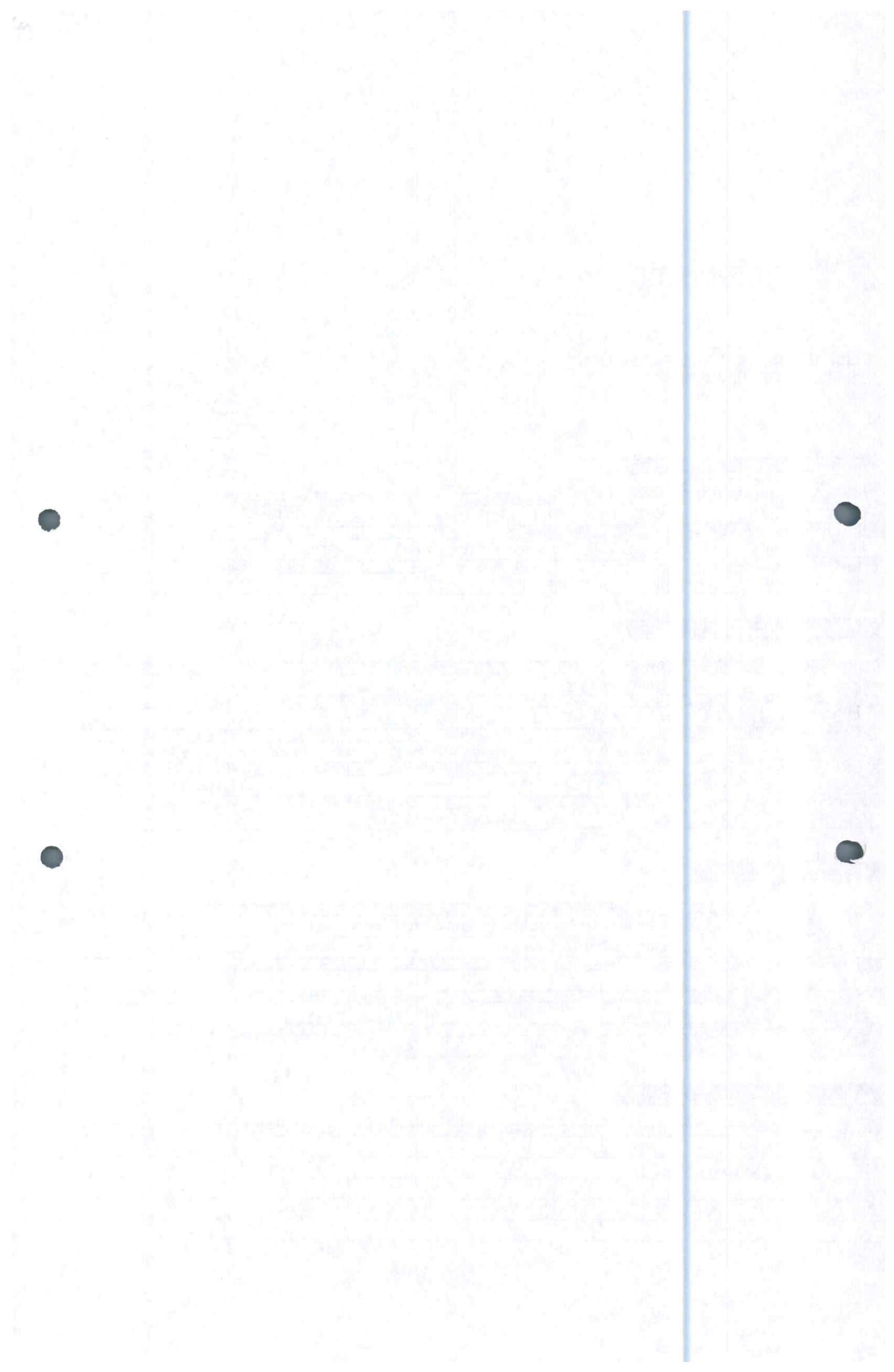
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)
Ramos	Caicedo	Adriana Constante
Tipo y No. de documento	Sexo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> 48.606178	MO F <input checked="" type="checkbox"/>	05/05/1976
Lugar de nacimiento	Departamento	Nacionalidad
Palmira	Valle del Cauca	Colombiana
Estado civil	Correo electrónico	Teléfono fijo
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	aramos@cauca.gov.co	
Teléfono celular	Dirección residencia / Correspondencia	Ciudad de residencia
315 2867228	Carrera 12 # 34 N - 204 Torre 1 403	Popayán
Departamento		
cauca		

**Actividad económica**

Profesión	Ocupación actual
Abogada	DEPENDIENTE: Asalariado <input checked="" type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>
	INDEPENDIENTE: Descripción de la actividad económica principal (CIU) _____
En caso de ser independiente, describa su actividad	
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña
Gobernación del Cauca	PUниверситария G.3.
Dirección del trabajo	Ciudad
Calle 4, Carrera 7. Esquina	Popayán
Departamento	Teléfono
cauca	8220570

**Beneficiarios asegurado principal**

Nombre beneficiario	Parentesco	Calidad	Porcentaje %
Juan Sebastian Ceron Ramos	Hijo	Libre	50%
Natalia Ceron Ramos	Hija	Libre	50%
		Libre	
		Libre	



No. Solicitud / Certificado  
1354513

**Datos del cónyuge**

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)	Tipo y No. de documento	
			C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	
Sexo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Lugar de nacimiento	Departamento	Nacionalidad
M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> O <input type="radio"/>				
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono celular	Dirección de contacto (si es diferente a la del asegurado principal)	
Ciudad de residencia	Departamento	Profesión	Describa su ocupación actual	

**Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)**

Nombre beneficiario	Parentesco	Calidad	Porcentaje %
		Libre	

**Amparos**

	Asegurado principal		Cónyuge	
	Valor asegurado	Prima	Valor asegurado	Prima
Vida	100.000.000	39.500		
Muerte Accidental y Desmembración	100.000.000	17.800		
Incapacidad Total y Permanente	100.000.000	3.100		
Enfermedades Graves	50.000.000	1.500		
Últimos gastos				
Edad <u>39</u>	Prima total	<u>61.900</u>	Edad _____	Prima total _____

Total prima de seguro de vida 61.900

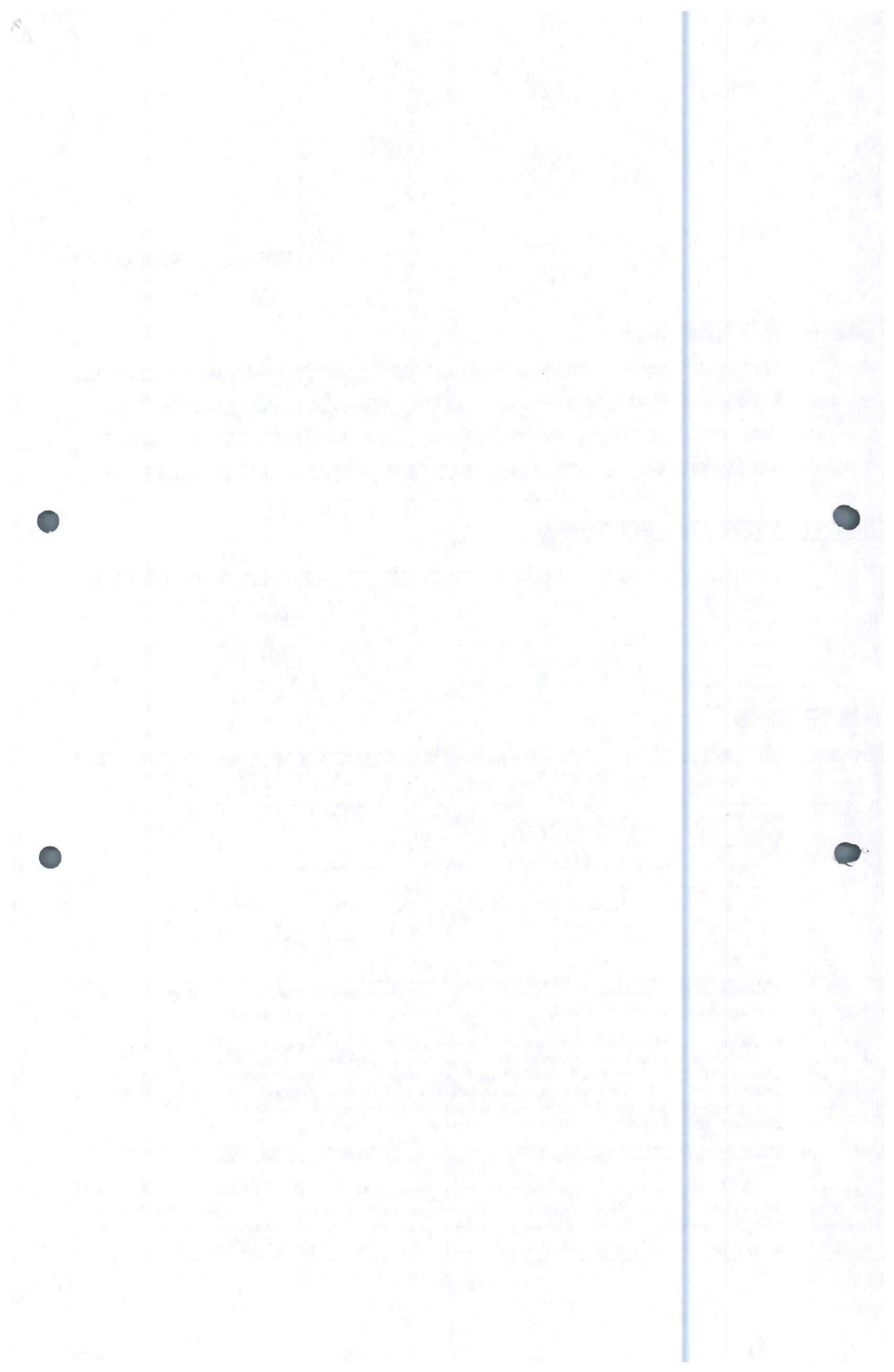
**Certificamos**

1. Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
2. Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto, 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 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud / certificado.

**IMPORTANTE:**

La declaración de asegurabilidad forma parte integral de este contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge. si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de **\$ 150.000.000.00**

COPIA - COMPAÑIA



No. Solicitud / Certificado  
1354513

**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		Cónyuge	
	SI	NO	SI	NO
1. ¿Les han diagnosticado, han recibido o reciben en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?				
1.1 Hipertensión arterial.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.2 Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.3 Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.4 Obesidad.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.5 Problemas de Disfonia o pérdida de la voz en forma frecuente.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.6 Cáncer de cualquier tipo.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.7 Insuficiencia renal, glomerulonefritis.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.8 Asma, bronquitis crónica o EPOC.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.9 Convulsiones, desmayos (mas de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.10 Cirrosis, Hepatitis B o C.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.11 Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.12 VIH, SIDA, tuberculosis.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.13 Enfermedades o problemas del corazón de cualquier indole.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.14 Artritis, artrosis, fibromialgia, gota, lupus.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.15 Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.16 Enfermedades psiquiátricas.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.17 Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.18 Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.19 Disminución de la audición en uno o ambos oídos.		<input checked="" type="checkbox"/>		
1.20 Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico.		<input checked="" type="checkbox"/>		
2. ¿Presentan actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>		
3. ¿Presentan alguna alteración mental que limite su actividad diaria?		<input checked="" type="checkbox"/>		
4. ¿Tienen programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía?		<input checked="" type="checkbox"/>		
5. ¿Tienen o han tenido adicción al alcohol o a las drogas?		<input checked="" type="checkbox"/>		
6. ¿Practican ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna indole?		<input checked="" type="checkbox"/>		
7. ¿Han sido inculcados, sindicados o condenados por la justicia penal?		<input checked="" type="checkbox"/>		

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: \_\_\_\_\_

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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES:**

9. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

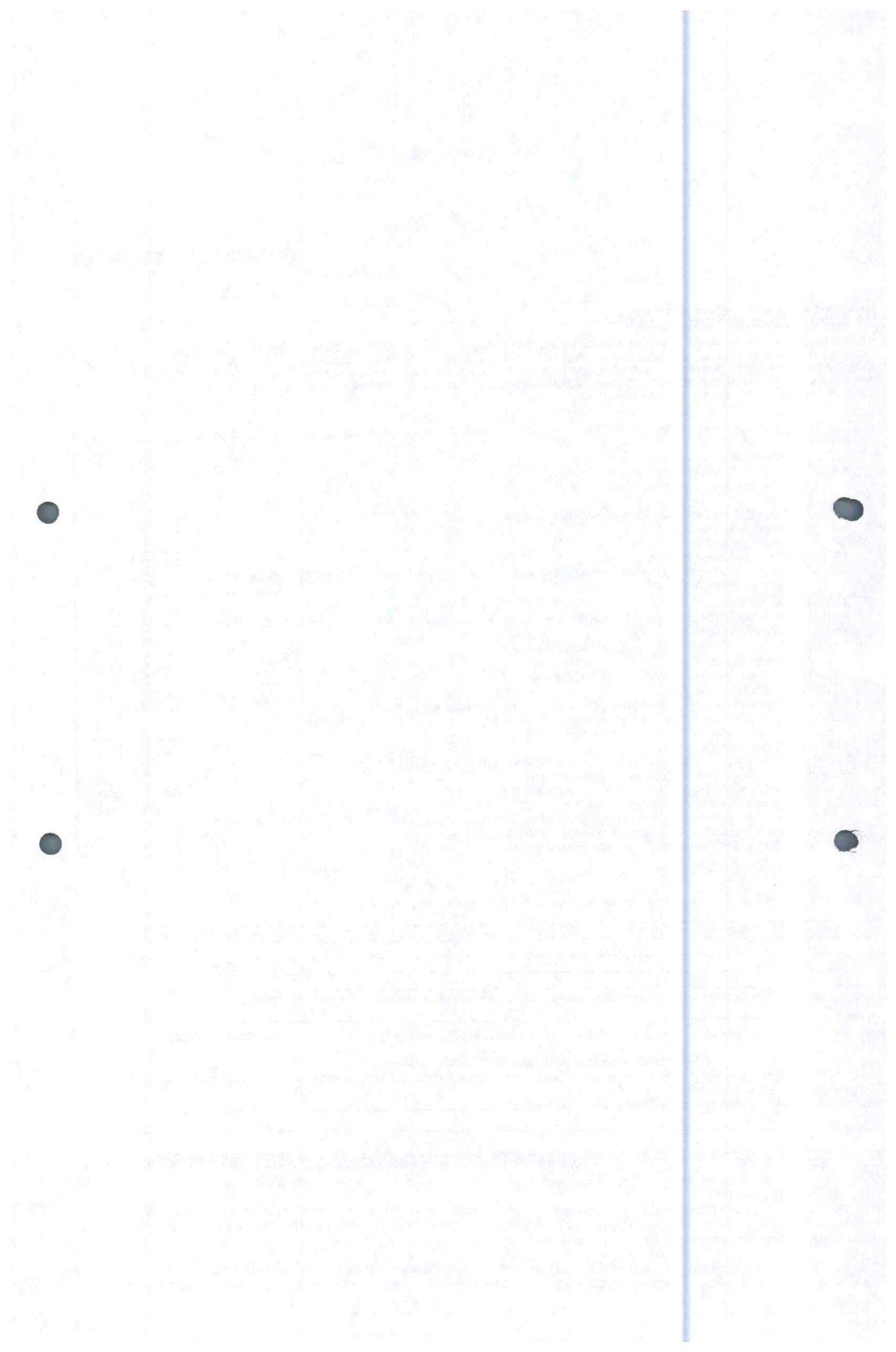
En caso afirmativo confirme parentesco y cual es la enfermedad presentada: \_\_\_\_\_

**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, 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.

ORIGINAL: COMPAÑIA



No. Solicitud / Certificado

1354513

Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) 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.

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](http://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.

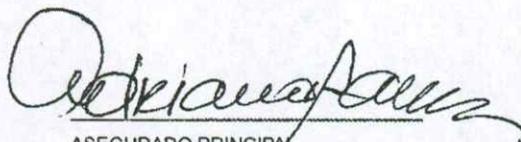
**Autorización de información médica**

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 u conservarla en sus archivos.

**Autorización de descuento débito automático**

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Seguros Comerciales Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente  Ahorros  número \_\_\_\_\_ tarjeta de crédito No. \_\_\_\_\_ fecha de vencimiento \_\_\_\_\_ del banco \_\_\_\_\_ diferir a \_\_\_\_\_ cuotas, los pagos que por concepto de primas se generen.

En caso de mora por no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

  
ASEGURADO PRINCIPAL  
C.C. 48690178



Huella índice derecho  
Asegurado principal

\_\_\_\_\_  
CÓNYUGE  
C.C.

  
REPRESENTANTE LEGAL  
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ORIGINAL: COMPAÑIA

**RV: AO-SIE1-1480855732-CC48600178 - Rad.19-001-40-03-006-2018-00591-00 (EMAIL CERTIFICADO de servicioalcliente@segurosbolivar.com)**

Juzgado 02 Civil Municipal - Cauca - Popayan <j02cmpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Lun 7/09/2020 3:27 PM

**Para:** Maria Del Mar Navia Trochez <mnaviat@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 2 archivos adjuntos (401 KB)

ADRIANA CONSTANZA RAMOS CAIC - Auto Dscto.TIF; ADRIANA CONSTANZA RAMOS CAICEDO.TIF;

MDMNT

---

**De:** EMAIL CERTIFICADO de servicioalcliente@segurosbolivar.com <427345@certificado.4-72.com.co>

**Enviado:** lunes, 7 de septiembre de 2020 3:29 p. m.

**Para:** Juzgado 02 Civil Municipal - Cauca - Popayan <j02cmpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**Asunto:** AO-SIE1-1480855732-CC48600178 - Rad.19-001-40-03-006-2018-00591-00 (EMAIL CERTIFICADO de servicioalcliente@segurosbolivar.com)

Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE POPAYAN  
j02cmpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

Cordial saludo,

De acuerdo con su solicitud del pasado :21/08/2020, por parte de la apoderada Dra. SARA LUCIA MONTENEGRO del señor Juan Carlos Ceron Ramos, adjunto enviamos la copia de la póliza de GRUPO PLAN CRECIENTE No.3553135451301 que en vida suscribo la señora ADRIANA CONSTANZA RAMOS CAICEDO (Q.E.P.D.), para que puedan continuar con el proceso de sucesión.

Esperamos haber dado respuestas a su solicitud oportunamente.

Si desea comunicarse con nosotros lo invitamos a hacerlo a través de:

- Correo electrónico: servicioalcliente@segurosbolivar.com
- Página Web: www.segurosbolivar.com
- Teléfonos: En Bogotá 3 122 122, a nivel nacional 01 8000 123 322 y desde cualquier celular de forma gratuita al # 322 opción 1 - 4.

Atentamente,

Gerencia de Operaciones