



LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE NO APROBAR LA PRESENTE SOLICITUD DE SEGURO EN CASO DE SER OTORGADO EL SEGURO, ESTE ENTRARÁ EN VIGENCIA EN LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO ASOCIADO A LA PRESENTE SOLICITUD.

Fecha de Solicitud			Oficina	Código Oficina	Cédula Funcionario
D	M	A			

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos			Tipo de Identificación		No. de Identificación	Fecha de Nacimiento		
			C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>		D	M	A
Dirección de Correspondencia			Ciudad		Departamento	Teléfono de Contacto		
Número Celular	Correo Electrónico		Medicina Prepagada		EPS	Peso		Estatura

SEGURO DE VIDA

Amparos Solicitados
<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Incapacidad total y permanente

CRÉDITO EN TRÁMITE

Línea de Crédito	Valor del Crédito/Seguro solicitado
	\$

BENEFICIARIOS

Nombre o Razón Social	Parentesco	Calidad	% Participación
Banco Pichincha S.A.		Oneroso	Hasta el 100% del saldo insoluto de la deuda.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.

Favor Marcar co "X" según corresponda a sus antecedentes medicos y/o estado de salud actual. Esta Declaración forma parte del contrato, y cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C.Co.)

Le han diagnosticado o ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?

	SI	NO
1. Accidente cerebrovascular, trombosis, Enfermedad de las arterias o venas, derrame cerebral, o artritis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.1. El accidente cerebrovascular fue Isquemia Cerebral Transitoria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2. El evento o el diagnóstico fue hace más de 5 años?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3. Tiene algún problema o dificultad para mover alguna parte del cuerpo, hablar o coordinar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Diabetes o enfermedades cardiovasculares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1. Ha estado en urgencias u hospitalizado por diabetes o enfermedad cardiovascular en los últimos 3 años?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. Ha sufrido Infarto agudo del miocardio, ACV, enfermedad renal, de la retina, de las válvulas del corazón, aneurisma aórtico, insuficiencia cardíaca congestiva, parálisis o trastornos circulatorios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3. Su hemoglobina glicosilada en los últimos 6 meses ha sido igual o superior a 8?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Algún tipo de cáncer, leucemia o linfoma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1. Terminó el tratamiento de Cáncer hace 5 años o más?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. Como parte del tratamiento le realizaron algún trasplante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. HIV positivo o SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1. Está en tratamiento con antirretrovirales y su carga viral ha sido indetectable en los últimos 6 meses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Depresión o ansiedad en los últimos 10 años?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.1. Está en tratamiento médico y ha estado hospitalizado por esta causa en los últimos 2 años o ha tenido intento de suicidio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2. Está en tratamiento médico pero NO ha estado hospitalizado por esta causa en los últimos 2 años, y NO ha tenido intento de suicidio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tiene pérdida física o funcional de alguno de sus brazos, piernas, ojos u oídos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento con medicamentos, terapias o psicoterapia por más de 6 meses, o tiene programada alguna cirugía o procedimiento quirúrgico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Tiene sospecha de contagio o síntomas de COVID-19 o fue diagnosticado con COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2. ¿Tiene Covid-19 en este momento, o cuando lo tuvo requirió hospitalización, o tiene actualmente secuelas de esta enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.1. ¿Ha recibido al menos una VACUNA aprobada por la Organización Mundial de la Salud OMS contra el COVID-19?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. Conozco y doy fe que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad es verídico y que tengo el conocimiento de que esta solicitud formará parte integral de contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co.). 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 (Art. 1058 y 1158 del C.Co.).
 2. Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y deberes como asegurado; las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, período de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otras; los documentos, el procedimiento y plazos a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro; los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo (art. 1058 Código de Comercio); las consecuencias de la mora en el pago de la prima. He comprendido la información que me ha sido suministrada, 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 #322

AUTORIZACIONES

1. **AUTORIZACIÓN PARA HISTORIA CLÍNICA:** Autorizo expresamente a 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 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.

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO. ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO REGISTRADO EN EL MISMO Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN LLAMANDO DESDE CELULAR AL #322, DESDE FIJO EN BOGOTÁ AL 3122122 O A LA LÍNEA 018000123322 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE BOGOTÁ.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Identificación No. _____



Huella índice derecho del Asegurado