

| Fecha | | | Solicitud - Certificado |
|-------|----|----|-------------------------|
| DD | MM | AA | |
| | | | |

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 (aplica solamente cuando se trata de productos del CANAL VIDA GRUPO HOMOGÉNEOS) Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN PARA ANALIZAR CON USTED OTRAS ALTERNATIVAS DE ASEGURAMIENTO. COMUNÍQUESE CON LA RED322018000123322, DESDE TELÉFONOS MÓVILES #3220 CON SU ASESOR DE SEGUROS.

*PARA LOS PRODUCTOS VIDA GRUPO COLECTIVO, PLAN TUTOR) SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS FUERE AFIRMATIVA, TANTO PARA USTED COMO SU CÓNYUGE (si se asegura), AMPLÍE LA INFORMACIÓN EN EL NUMERAL 8 DE ESTA DECLARACIÓN.

- ¿Presenta en la actualidad SECUELAS por contagio por CORONAVIRUS cardíacas, pulmonares o neurológicas? (si la respuesta es positiva ampliar información)

| Principal | *Otros Parentescos ¿Cuál? | *Otros Parentescos ¿Cuál? |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| SÍ NO | SÍ NO | SÍ NO |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1. ¿Le han diagnosticado, ha recibido o recibe en la actualidad tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades y/o síntomas?

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.1.--Hipertensión arterial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.2.- Diabetes o niveles elevados de azúcar en la sangre | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.3.--Niveles aumentados de triglicéridos o colesterol. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.4.--Obesidad. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.5.--Problemas de Disfonía o pérdida de la voz en forma frecuente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.6.--Cáncer de cualquier tipo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.7.--Insuficiencia renal, glomerulonefritis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.8.--Convulsiones, desmayos (más de un episodio), parálisis de alguna extremidad, dolores de cabeza frecuentes (uno o más por semana), esclerosis múltiple. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.9.--Asma, bronquitis crónica o EPOC | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.10.-Cirrosis, Hepatitis B o C | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.11.- VIH, SIDA, tuberculosis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.12.-Artritis, artrosis, fibromialgia,gota, lupus. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.13.-Leucemia, linfoma, púrpura, anemia, problemas de coagulación en la sangre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.14.-Hemorragias digestivas, obstrucción intestinal, diverticulosis. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.15. Enfermedades o problemas del corazón de cualquier índole. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.16.-Enfermedades psiquiátricas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.17.-Depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.18.-Glaucoma, ambliopía, queratocono, ceguera de un ojo o ambos ojos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.19.-Disminución de la audición en uno o ambos oídos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1.20.-Aneurisma cerebral, aneurisma aórtico. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.-¿Presenta actualmente alguna alteración anatómica o funcional que limite su actividad diaria? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.-¿Presenta alguna alteración mental que limite su actividad diaria? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.-¿Tiene programada dentro de los próximos 12 meses practicarse alguna cirugía? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.-¿Tiene o ha tenido adicción al alcohol o a las drogas? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.-¿Practica ocasional o regularmente motociclismo, automovilismo, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo, vuelo en cometa, paracaidismo, montañismo, vuelo en ultraliviano o deportes extremos de alguna índole? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.-¿Ha sido indiciado, sindicado o condenado por la justicia penal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.-En caso de respuesta positiva a cualquiera de las preguntas anteriores favor detallar la información | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

***OTROS:**

Los parentescos que se pueden asegurar son: Asegurado Principal - Cónyuge - Hijos - Hijastros - Hermanos - Hermanastros - -Padres - Sobrinos - Tíos - Nietos.

| No. PREGUNTA | DESCRIPCIÓN RESPUESTA | OBSERVACIONES |
|--------------|-----------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

9. ¿Su estado de salud presenta otra circunstancia no relacionada en los numerales anteriores? En caso afirmativo indicar cual:

| | | |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 10. ¿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 type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | |

PREGUNTAS PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES: (SI APlica)

11. ¿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?

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

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.

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 y conservarla en sus archivos.

ASEGURADO PRINCIPAL
NOMBRE.
C.C.

CÓNYUGE
NOMBRE.
C.C.



Huella índice derecho
Asegurado principal