



Correo 2 de 3 / Proceso declarativo de primera instancia de Ariel Bernardo Arrázola Merlano contra Compañía de Seguros Bolívar y otros / Rad. 11001310300320240003300 / Contestación demanda

Desde Antonio Pabon <aps@pabonabogados.com>

Fecha Vie 16/08/2024 4:15 PM

Para Juzgado 03 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juridicapabonabogados <juridicapabonabogados@gmail.com>; Dependientepabonabogados <dependientepabonabogados@gmail.com>; Antonio Pabon <pabonabogados@gmail.com>; erikamontesb <erikamontesb@hotmail.com>

 2 archivos adjuntos (7 MB)

Póliza 2268 Viva la Vida.zip; Póliza 6470 Bienestar Familias.zip;

No suele recibir correos electrónicos de aps@pabonabogados.com. [Por qué esto es importante](#)

Remito el segundo correo con los anexos a la contestación de Compañía de Seguros Bolívar.

Atentamente,

Antonio Pabón Santander
C.C. 80.409.653
T.P. 59.343

DATOS ENVÍO**NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**DIRECCIÓN:****CIUDAD:** SINCELEJO-SUCRE**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** BANCO DAVIVIENDA S.A.**DATOS ASEGURADO - No. 1****NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**IDENTIFICACIÓN:** 92500936**EDAD:** 60 AÑOS**SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE RENOVACION

Póliza Principal N°: 2783015357601**Póliza N°:** 2601200647002**Certificado:** 0 **N°:** 001**Fecha de Expedición:** 13/11/2022

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	02/12/2022	02/12/2023
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

	NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
	ANDRES FELIPE ARRAZOLA SAMPEDRO	HIJO	50
	MARIA RAQUEL ARRAZOLA SAMPER	HIJO	50

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 224,440,000	\$ 1,117,711
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 224,440,000	\$ 242,395
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 224,440,000	\$ 134,664
ULTIMOS GASTOS	\$ 5,000,000	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ 224,440	\$ 183,143
RENTA DIARIA POR INCAPACI	\$ 112,220	\$ 72,719
BONO-CANASTA	\$ 2,000,000	\$ 0

TOTAL PRIMA**\$ 1,750,632**

Código de Clausulado que aplica: 01/04/2019-1407-P-34-GR-000000000126-00DI. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

OTROS BENEFICIOS

SEGUNDA OPINION MEDICA

\$ VALORES A PAGAR

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.

VALOR DE LA PRIMA VIDA:	\$ 145,886
TOTAL A PAGAR	\$ 145,886
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$ 1,750,632
-----------------------------------------	---------------------

**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.

Firma Representante Legal

SEGURO DE VIDA BIENESTAR FAMILIAS

01/04/2019-1407-P-34-GR-000000000126-00DI

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., que en el presente contrato se llamará "**LA ASEGURADORA**", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por "**EL TOMADOR**" y/o "**ASEGURADO**", a los certificados individuales de seguro y a las declaraciones de asegurabilidad de los asegurados, los cuales hacen parte integral de este contrato, pagará la correspondiente suma asegurada de acuerdo con las siguientes condiciones, teniendo en cuenta que lo no previsto por ésta póliza, se rige por el Código de Comercio y la regulación en materia de Protección al Consumidor Financiero.

PRIMERA.- AMPARO BÁSICO DE VIDA

LA ASEGURADORA cubre el riesgo de muerte de los asegurados, siempre y cuando ocurra dentro de la vigencia de la póliza indicada en el certificado individual de la póliza.
Adicionalmente, se otorga:

- Un amparo de Últimos Gastos por el valor registrado en el Certificado Individual de Seguro, por el fallecimiento del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, según lo establecido en la Cláusula Séptima de este documento.
- Un Bono Canasta por el valor registrado en el Certificado Individual de Seguro por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, si este amparo ha sido contratado expresamente, según lo establecido en la Cláusula Séptima de este documento

SEGUNDA - EXCLUSIONES

Dentro de los cuatro (4) primeros meses contados desde la fecha de iniciación de la vigencia del seguro, **LA ASEGURADORA** no queda obligada al pago de ninguna indemnización por el siguiente evento:

a) Suicidio

Si cualquier **ASEGURADO** se quita la vida bajo cualquier circunstancia estando en su sano juicio o demente o en cualquier otra circunstancia.

TERCERA - DEFINICIONES

3.1. Tomador

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas, el cual está obligado al pago de la prima.

3.2. Grupo asegurable

Es el constituido por más de una persona natural, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con una persona, natural o jurídica, relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.

Para la presente póliza se considera dentro del grupo asegurable el cónyuge y/o compañero (a) permanente y los hijos del **ASEGURADO** principal.

3.3. Asegurado

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurado y cuya vida se asegura por parte de **LA ASEGURADORA**, en virtud del presente contrato.

3.4. Beneficiario

Es la persona designada por el **ASEGURADO** para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro. A falta de designación de beneficiario, o cuando la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o cuando se designe genéricamente como beneficiario a los herederos del **ASEGURADO**, se aplicarán las normas legales vigentes.

CUARTA - VIGENCIA

Los amparos individualmente considerados entrarán en vigencia a partir de la fecha prevista en el Certificado Individual de Seguro, siempre y cuando se haya pagado la prima del seguro, o su primera cuota en caso de fraccionamiento, de acuerdo con la periodicidad de pago señalada en la póliza, y el documento no haya sido rechazado por **LA ASEGURADORA**.

QUINTA - EDAD DE INGRESO Y EDAD DE PERMANENCIA

5.1. Edad de ingreso

Sin perjuicio de los demás requisitos de asegurabilidad, para que un miembro del grupo asegurable pueda contratar esta póliza debe cumplir con los siguientes requisitos de edad al momento de su ingreso:

- a. Tener mínimo 18 años para el **ASEGURADO** principal y su cónyuge - Tener mínimo un año de edad para los hijos.
- b. No ser mayor de sesenta (60) años.

5.2. Edad de permanencia

La cobertura de la póliza terminará, para cualquiera de las personas aseguradas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** haya cumplido setenta (70) años de edad.

SEXTA - LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

LA ASEGURADORA limitará su responsabilidad cuando por un mismo **ASEGURADO** se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el o los seguros.



SÉPTIMA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

- 7.1.** El valor asegurado del seguro de cada persona miembro del grupo asegurable se incrementará automáticamente de acuerdo con la variación del IPC de los últimos 12 meses. El incremento del valor asegurado se liquidará en el primer aniversario de la póliza sobre el valor asegurado inicial y en los años siguientes sobre el valor asegurado acumulado, teniendo en cuenta los incrementos anteriores.
- 7.2. LA ASEGURADORA** reconocerá como valor del seguro de cada persona asegurada, aquel valor registrado en el Certificado Individual de Seguro, vigente en el momento de presentarse el siniestro.
- 7.3.** Por el fallecimiento del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, se otorga un amparo para Últimos Gastos por el valor asegurado registrado en el certificado individual de seguro como suma única a favor de los beneficiarios designados, junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del amparo básico de vida, tampoco habrá lugar al pago del amparo de Últimos Gastos.
- 7.4.** Por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, si este amparo ha sido contratado expresamente, se otorga un Bono Canasta por el valor registrado en el Certificado Individual de Seguro al momento del siniestro, como suma única a favor de los beneficiarios designados junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que el beneficiario no tenga derecho al pago del amparo de vida, o de la Incapacidad Total y Permanente tampoco habrá lugar al pago del Bono Canasta.

OCTAVA - CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima se establecerá teniendo en cuenta, la edad de cada **ASEGURADO**, su estado de salud, el valor asegurado individual en el momento de ingresar a la póliza, o en su renovación, según la cotización del día que se realice el cálculo de la prima.

NOVENA - PAGO DE LAS PRIMAS

EL TOMADOR/ASEGURADO es responsable por el pago de las primas. El pago de la prima del primer periodo es condición indispensable para la vigencia del seguro.

Salvo el pago de la prima del primer periodo, para el pago de las primas en forma anual, o cuotas semestrales o de 10 meses, se concede al **TOMADOR/ASEGURADO** un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud-Certificado de esta póliza. Para el pago de primas en cuotas mensuales, se concede un periodo de gracia de quince (15) días.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a deducir de la indemnización, las primas o cuotas pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

La presente Póliza de Vida Grupo es de carácter de seguro contributivo, es decir, la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, por lo tanto, le corresponde al **ASEGURADO** proveer los recursos necesarios para que **EL TOMADOR** efectúe el pago de la prima a **LA ASEGURADORA**.



Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y **LA ASEGURADORA** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho periodo.

DÉCIMA - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas por el **ASEGURADO** en fracciones mensuales, semestrales o en 10 meses, para lo cual se aplicará a la prima anual el factor de 0,0898, 0.5207 y 0.1076 respectivamente.

DÉCIMA PRIMERA - REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El **TOMADOR** puede revocar unilateralmente el seguro mediante aviso escrito remitido a **LA ASEGURADORA**. Si en tal aviso no se indica una fecha específica para la revocación, se entenderá que surtirá efectos inmediatos a partir de la fecha de recibo por parte de **LA ASEGURADORA**. En caso de revocación del seguro, **LA ASEGURADORA** devolverá al **TOMADOR** la prima no devengada, cuando haya lugar.

EL ASEGURADO también podrá revocar su seguro mediante el mismo procedimiento.

Durante la vigencia de la póliza no es revocable por **LA ASEGURADORA** el amparo básico de Vida al que hace referencia esta póliza.

Sin embargo, en cualquier momento **LA ASEGURADORA** podrá revocar cualquiera de los anexos contratados por **EL ASEGURADO**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

DÉCIMA SEGUNDA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

EL TOMADOR y **EL ASEGURADO** están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **LA ASEGURADORA**.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **LA ASEGURADORA**, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** han encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **LA ASEGURADORA** sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio sobre error en la edad.



De conformidad con el artículo 1158 del Código de Comercio, aunque **LA ASEGURADORA** prescinda de examen médico, **EL ASEGURADO** no puede considerarse exento de la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, ni de las sanciones que se generen por la reticencia o inexactitud en la que incurra.

Las sanciones previstas no se aplicarán si **LA ASEGURADORA**, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Parágrafo: De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1059 del Código de Comercio, **LA ASEGURADORA** tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

DÉCIMA TERCERA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del **ASEGURADO**, desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

DÉCIMA CUARTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** soliciten la revocación del contrato de seguro.
- d) Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla setenta (70) años de edad.
- e) Al vencimiento de la vigencia del certificado individual si éste no se renueva.
- f) En el seguro del cónyuge o cualquier **ASEGURADO** dependiente, al fallecimiento del **ASEGURADO** principal o cuando éste se retire del grupo.
- g) Cuando **LA ASEGURADORA** pague la Indemnización por el Anexo de Incapacidad Total y Permanente, cuando dicho anexo hubiere sido contratado.
- h) Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurado no se encuentre constituido por más de un **ASEGURADO**.

DÉCIMA QUINTA - COBERTURA ININTERRUMPIDA

Como un beneficio para el grupo asegurado, con el fin de conservar la antigüedad adquirida por **EL ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y los anexos contratados se renovarán automáticamente por periodos consecutivos de igual plazo, excepto cuando:

15.1. Opere alguna causal de terminación.

15.2. EL ASEGURADO o EL TOMADOR manifiesten su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento, caso en el cual **LA ASEGURADORA** efectuará la devolución de la prima por el tiempo no corrido de la vigencia.

15.3. EL ASEGURADO o EL TOMADOR manifiesten a **LA ASEGURADORA**, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se renueve para una nueva vigencia.

En cada una de las renovaciones de la póliza, **LA ASEGURADORA** actualizará el valor asegurado y las primas de seguro, de acuerdo a lo señalado en la Condición Séptima y Octava, para lo cual remitirá al **ASEGURADO** el certificado de renovación que contenga la información correspondiente a las condiciones del seguro y al nuevo valor de prima para la anualidad.

DÉCIMA SEXTA - CONVERTIBILIDAD

Los Asegurados menores de setenta (70) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo, tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite **LA ASEGURADORA**, con excepción de los planes temporales o crecientes, pero sin beneficios ni amparos adicionales, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo.

El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el **ASEGURADO** a la fecha de la solicitud.

La convertibilidad no es aplicable a los Anexos de la presente póliza.

DÉCIMA SÉPTIMA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si respecto a la edad informada por el **ASEGURADO** se comprobare inexactitud, se aplicarán las siguientes normas:

17.1. Si la edad real está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **LA ASEGURADORA**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.

17.2. Si la edad real es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **LA ASEGURADORA**.

17.3. Si la edad real es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 17.2.

DÉCIMA OCTAVA - MODIFICACIONES

LA ASEGURADORA expedirá para cada **ASEGURADO** un certificado individual en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado y/o modificación de amparos y anexos, previo al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de **LA ASEGURADORA**, **EL ASEGURADO** deberá diligenciar una Solicitud de Modificación-Certificado, que actualiza, complementa y hace parte integral de la Solicitud-Certificado inicial.

DÉCIMA NOVENA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Los beneficiarios serán libremente designados por **EL ASEGURADO** quien los podrá cambiar en cualquier momento, mediante notificación escrita a **LA ASEGURADORA**.

Serán beneficiarios el cónyuge o compañero (a) permanente del **ASEGURADO** en la mitad del seguro, y sus herederos en la otra mitad, cuando:

19.1. EL ASEGURADO fallezca sin que haya designado beneficiario.

19.2. La designación de beneficiario sea ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa.

19.3. Se ha designado genéricamente como beneficiarios a sus herederos.

19.4. El beneficiario fallezca simultáneamente con **EL ASEGURADO** o se ignore cuál de los dos ha muerto primero.

VIGÉSIMA - RECLAMACIÓN

Para cualquier reclamación, bien sea para el amparo básico o cualquiera de los anexos, el beneficiario o **EL ASEGURADO**, según el caso, deberá remitir los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro.

EL ASEGURADO o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

EL TOMADOR, ASEGURADO o beneficiario, a petición de **LA ASEGURADORA**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

VIGÉSIMA PRIMERA - AVISO DE SINIESTRO

En caso de muerte de cualquiera de los **ASEGURADOS, EL TOMADOR** o el beneficiario deberá dar aviso a **LA ASEGURADORA** dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

VIGÉSIMA SEGUNDA - PAGO DE SINIESTRO

LA ASEGURADORA pagará al **ASEGURADO** o a los beneficiarios, según el caso, la Indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

En el caso de hijos asegurados, el pago de la indemnización se realizará a los padres en partes iguales, si este es menor de edad; en caso contrario, es decir, si el hijo es mayor de edad, el pago de la indemnización en caso de coberturas diferentes al fallecimiento, se realizará al hijo.

Es importante mencionar que de conformidad con el artículo 28 de la Ley 1943 de 2018 las indemnizaciones por seguros de vida que superen en el año doce mil quinientas (12.500) UVT (Unidad de Valor Tributario) estarán gravadas con el impuesto de ganancia ocasional, por lo anterior sugerimos tenerlo en cuenta al momento de cumplir con las obligaciones tributarias para el año gravable en el cual recibe el dinero de la indemnización.

VIGÉSIMA TERCERA - NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, toda comunicación a que haya lugar entre las partes respecto de la ejecución de las condiciones estipuladas en el presente contrato se hará por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección conocida por las partes.

VIGÉSIMA CUARTA - DOMICILIO

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá, D.C., Colombia, que constituye el domicilio principal de **LA ASEGURADORA**.



ANEXO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION

01/04/2019-1407-A-34-GR-000000000127-00DI

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará "**LA ASEGURADORA**", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por **EL ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

PRIMERA - AMPARO

Si dentro de la vigencia del presente anexo y como consecuencia de un accidente que dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a su ocurrencia produce una lesión que cause la muerte o desmembración del **ASEGURADO**, **LA ASEGURADORA** pagará, previa comprobación de la ocurrencia del accidente, como indemnización adicional al monto del valor asegurado del amparo básico de vida de la póliza, el valor pactado para este anexo.

SEGUNDA - EXCLUSIONES DEL ANEXO

Este anexo no cubre la muerte, lesión o pérdida que sea consecuencia de o respecto de:

- a) Homicidio o su tentativa.
- b) Muerte lesión o pérdida causada por arma de fuego, arma contundente o corto-punzante.
- c) Suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada por **EL ASEGURADO** a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.
- d) Los accidentes causados por violación, por parte del **ASEGURADO**, de cualquier norma legal.
- e) Participación en competencias de velocidad.
- f) Accidentes que sufra **EL ASEGURADO** como consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- g) Accidentes en que el pasajero se encuentre viajando como conductor o pasajero de motocicletas, motonetas o carros a motor (karts).
- h) Intoxicaciones, oclusiones intestinales, rotura de aneurismas e infecciones bacterianas excepto la que se presente por lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por este anexo.
- i) Temblores de tierra, erupciones volcánicas, inundaciones, rayo, marejada, o cualquier otro fenómeno o convulsión de la naturaleza.
- j) Guerra civil o internacional, motines, huelgas, acciones de movimientos subversivos, actos terroristas o en general, conmociones de cualquier clase.
- k) Fisión nuclear y los efectos que produzca la contaminación radioactiva.
- l) Encontrarse **EL ASEGURADO** por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- m) Ingestión de veneno o inhalación de gases o vapores en forma accidental o deliberada.
- n) Enfermedad mental o corporal o cualquier dolencia o tara distintas de las contraídas por lesión corporal accidental.
- o) Las infecciones producidas por picaduras de insectos, tales como malaria, tifo y fiebre amarilla.

- p) Los accidentes sufridos por **EL ASEGURADO** durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x y choques eléctricos salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado por el presente anexo.
- q) Personas que sean miembros de las fuerzas armadas.
- r) Procesos de extracción o de construcción efectuados bajo tierra o sobre/ bajo agua.
- s) Industrias químicas u otras industrias en donde se utilicen o fabriquen sustancias tóxicas o explosivas.
- t) Grupo de personas expuestas a acumulación de riesgos por aviación como personal de empresas de aeronavegación, así como la utilización de aeronaves propiedad de la empresa tomadora o al servicio de ésta. Y viajes aéreos colectivos en que participen varias personas integrantes del grupo asegurado.

TERCERA - DEFINICIONES

3.1. Accidente

Para los efectos del presente anexo, se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca una lesión corporal que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones y que se manifieste dentro de los noventa (90) días siguientes a su ocurrencia. No se consideran accidentes aquellos hechos enumerados en la condición segunda de este anexo, que hace referencia a las exclusiones.

CUARTA - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente.

QUINTA - TABLA DE INDEMNIZACIONES

Una vez **EL ASEGURADO** haya acreditado la ocurrencia del siniestro en los términos del presente Anexo, **LA ASEGURADORA** pagará la Indemnización, de acuerdo con la siguiente Tabla de Indemnizaciones:

- Muerte accidental 100% del Valor Asegurado.
- Pérdida de ambas manos o ambos pies 100% del Valor Asegurado.
- Pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos 100% del Valor Asegurado.
- Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo 100% del Valor Asegurado.
- Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo 50% del Valor Asegurado.

Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de reclamación por alguno de los eventos descritos en la tabla de Indemnizaciones se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Si un accidente produce la muerte accidental del **ASEGURADO** y al mismo tiempo una de las pérdidas contempladas en la Tabla de Indemnizaciones, **LA ASEGURADORA** solo indemnizará el valor asegurado por muerte accidental.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo de desmembración se descontará del pago a que haya a lugar por el amparo de Muerte Accidental o por el anexo de Incapacidad Total y Permanente (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

SEXTA - RECLAMACIONES

Para que **LA ASEGURADORA** pague la indemnización por el presente Anexo, **EL ASEGURADO** o beneficiario deberá acreditar la ocurrencia del siniestro. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

SÉPTIMA - INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE

EL TOMADOR, ASEGURADO o beneficiario se comprometen a dar aviso a **LA ASEGURADORA** de todo accidente de cualquiera de los asegurados que pudiere dar lugar a la reclamación bajo el presente Anexo, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

OCTAVA - EXÁMENES MÉDICOS

LA ASEGURADORA podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que consideren necesarios mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

NOVENA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

DÉCIMA - REVOCACIÓN

Este anexo podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- 10.1. Por **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** en cualquier momento, mediante aviso escrito a **LA ASEGURADORA**.
- 10.2. Por **LA ASEGURADORA**, en cualquier momento mediante aviso escrito al **TOMADOR - ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

En cualquiera de los dos eventos de revocación, **LA ASEGURADORA** procederá a la devolución de la prima pagada y no devengada. Así mismo, cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación.

NOVENA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 9.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 9.2.** El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado en este anexo.
- 9.3.** El pago al **ASEGURADO** de la Indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado, y
- 9.4.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

En todo lo no previsto en las anteriores condiciones, se aplicarán al presente Anexo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 01/04/2019-1407-A-34-GR-000000000128-00DI

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará **LA ASEGURADORA**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por **EL ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

PRIMERA - DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente la condición de salud del **ASEGURADO** que por cualquier causa no provocada intencionalmente y que no sea una enfermedad o trauma preexistente a la fecha de su inclusión en la póliza, le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar cualquier labor remunerativa relacionada con su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días y no haya sido provocada por el **ASEGURADO**.

También se considerará como Incapacidad Total y Permanente, entre otras, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento veinte (120) días de incapacidad.

Si **EL ASEGURADO** cuenta con la calificación de pérdida del 50% o más de su capacidad laboral, realizada por la EPS, la ARL y/o entidades autorizadas para tal fin, ésta será válida, atendiendo a lo establecido en el Decreto 1507 de 2014 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

Para que haya derecho a la indemnización, este anexo debe estar vigente a la fecha de estructuración de la invalidez que constituye la fecha de ocurrencia del siniestro.

La fecha de ocurrencia del siniestro será la fecha de estructuración de invalidez determinada exclusivamente por algunas de las entidades competentes señaladas en la Condición Quinta del presente anexo, a través del dictamen de pérdida de capacidad laboral que debe ser emitido atendiendo únicamente los parámetros establecidos en el manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Decreto 1507 de 2014) o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

SEGUNDA - EXCLUSIONES

Para todos los efectos, este Anexo no cubre la Incapacidad Total y Permanente generada por trastornos o enfermedad psiquiátrica o del comportamiento.

TERCERA - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo, el cual se establece en el certificado individual correspondiente.

Adicionalmente, por la Incapacidad Total y Permanente del **ASEGURADO** principal o del cónyuge o del hijo **ASEGURADO**, si este amparo ha sido contratado expresamente, se otorga un Bono Canasta por el valor registrado en el Certificado Individual de Seguro al momento del siniestro, como suma única junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella. En consecuencia, en caso de que no exista derecho al pago del amparo de Incapacidad Total y Permanente tampoco habrá lugar al pago del Bono Canasta.

CUARTA - PÉRDIDA

Para efectos del presente anexo, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

QUINTA - RECLAMACIONES

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al **ASEGURADO**.

En el evento de que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por la **ASEGURADORA**, el pago se hará a quién acredite ser el curador de **EL ASEGURADO**.

En el caso de hijos asegurados, serán beneficiarios los padres en partes iguales, si este es menor de edad; en caso contrario, es decir, si el hijo es mayor de edad, el pago de la indemnización se realizará al hijo.

Para que **LA ASEGURADORA** pague la indemnización correspondiente a una Incapacidad total y permanente, **EL ASEGURADO** o Beneficiario(s) deberá(n) presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este Anexo.

Cuando **EL ASEGURADO** aporte el dictamen de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo establecido en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (Decreto 1507 de 2014) o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, **LA ASEGURADORA** aceptará las calificaciones de pérdida de capacidad laboral emitidas exclusivamente por cualquiera de las siguientes entidades:

- Administradoras de riesgos laborales (ARL).
- Administradoras de fondos de pensiones (AFP).
- Otras aseguradoras de vida que asuman el riesgo de invalidez y muerte.
- Entidades promotoras de salud (EPS).
- Colpensiones.
- Juntas regionales y nacional de calificación de invalidez.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas aportadas por **EL ASEGURADO** para el pago de la indemnización y de solicitar la información adicional que se considere necesaria.

EL ASEGURADO autoriza a **LA ASEGURADORA** para solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos que demuestran el grado de compromiso físico y funcional aún después de su fallecimiento. Así mismo debe suministrar la información que solicite **LA ASEGURADORA** para efectos de acreditar la ocurrencia del siniestro, sin perjuicio de la libetera probatoria que les asiste.

LA ASEGURADORA podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que consideren necesarios mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

EL ASEGURADO a petición de **LA ASEGURADORA** deberá hacer todo lo que este a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

EL ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

Parágrafo:

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato de seguro.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

SEXTA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

SÉPTIMA - REVOCACIÓN

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1. Cuando **EL TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, en cualquier momento, expresamente lo manifiesten por escrito a **LA ASEGURADORA**.
- 7.2. Por **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo, ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

OCTAVA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 8.2.** El pago al **ASEGURADO** de la indemnización del valor asegurado en este anexo que genera además la terminación del anexo, de la póliza y de los demás anexos, y
- 8.3.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

En este Anexo, se aplicaran al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

ANEXO DE RENTA DIARIA

01/04/2019-1407-A-34-GR-0000000000130-00DI-00DI

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará “**LA ASEGURADORA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por **EL ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

PRIMERA.- AMPAROS.

1.1. Renta diaria por hospitalización.

Si a consecuencia de un accidente o una enfermedad, ocurrido en el territorio colombiano, no preexistente en el momento de la expedición de este anexo, **EL ASEGURADO** es hospitalizado, **LA ASEGURADORA**, pagará el valor asegurado establecido en Certificado Individual, de la siguiente forma:

1.1.1. Se pagará a partir del segundo día corriente de hospitalización y hasta el día treinta (30), con un máximo de treinta (30) días al año, siempre y cuando el contrato de seguro se encuentre vigente.

1.1.2. El número de días de cobertura se irá disminuyendo de acuerdo con los pagos de las indemnizaciones y se restablecerá únicamente en cada renovación de Anexo.

1.1.3. No es objeto de cobertura la hospitalización domiciliaria.

Este amparo otorga cobertura cuando, el accidente ocurrido dentro del territorio colombiano y/o el diagnóstico de la enfermedad, ocurren dentro de la vigencia de este Anexo.

1.2. Renta diaria por incapacidad post hospitalaria

Si al momento de la salida de la hospitalización, al asegurado le es ordenado un período de incapacidad adicional que le dé continuidad a la hospitalización y/o sea consecuencia directa de la misma, se le reconocerá el valor asegurado establecido en el Certificado Individual, por cada día de incapacidad que le sea ordenado por la institución de salud, sin sobrepasar un máximo de seis (6) días por evento y por anualidad.

La suma asegurada se restablecerá en cada renovación del Anexo, bajo las mismas condiciones de la cobertura de Renta Diaria por Hospitalización.

SEGUNDA.- EXCLUSIONES

Este Anexo no cubre la Renta Diaria por Hospitalización o por Incapacidad Post Hospitalaria ocasionada como consecuencia de:

- a)** Cualquier tratamiento de carácter estético o cirugía plástica o reconstructiva, siempre y cuando no sea consecuencia de un accidente objeto de cobertura de la póliza y sus anexos.
- b)** Tratamientos de infertilidad, fecundación in vitro, fertilización, pruebas genéticas, planificación familiar,



anticoncepción, impotencia, frigidez, tratamientos por mal funcionamiento sexual, cambio de sexo parcial o total y tratamientos de esterilización o su reversión.

- c)** Tratamientos hospitalarios derivados o que se relacionen de forma directa o indirecta con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que no se haya desarrollado sida.
- d)** Enfermedades congénitas o padecidas antes del ingreso a la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
- e)** Secuelas (enfermedades o lesiones) de accidentes ocurridos antes del inicio de vigencia de la póliza, por tratarse de hechos ciertos que son inasegurables.
- f)** Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción social o por aplicación de la ley marcial, prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- g)** Eventos ocurridos como consecuencia de fisión o fusión nuclear, radiactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- h)** Encontrarse EL ASEGURADO por cualquier causa bajo la influencia de bebidas embriagantes, de drogas tóxicas o heroicas o alucinógenas, siempre y cuando tal influencia tenga relación causal con el accidente.
- i)** Hospitalización o tratamiento médico o quirúrgico como consecuencia de catástrofes naturales tales como tifón, huracán, ciclón, erupción volcánica, terremoto, fuego subterráneo o inundación.
- j)** Tratamientos médicos por problemas de drogadicción, alcoholismo, trastornos o alteraciones psicológicas o psiquiátricas.
- k)** Hospitalización por tratamientos odontológicos.
- l)** Tratamientos para adelgazar.
- m)** Accidentes o enfermedades preexistentes al inicio de vigencia del Anexo.
- n)** Cualquier hospitalización que tenga origen o sea consecuencia de la participación del ASEGURADO en una actividad delictiva.
- o)** Hospitalización domiciliaria en el caso del amparo de la Renta Diaria por Hospitalización.

TERCERA.- PERIODOS DE CARENCIA.

LA ASEGURADORA reconocerá la Renta Diaria por la Hospitalización o la Incapacidad Post Hospitalaria derivada de las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando no sean preexistentes y se haya cumplido el período de carencia de doce (12) meses, el cual comienza a contarse desde el primer día de inclusión del **ASEGURADO** en este Anexo:

- a)** Enfermedad coronaria.
- b)** Cálculos biliares (en la vesícula).
- c)** Cálculos urinarios o renales.
- d)** Cistocele o Rectocele.
- e)** Hernias de cualquier tipo.
- f)** Miomatosis uterina (miomas).
- g)** Várices.
- h)** SIDA.

CUARTA - DEFINICIONES.

Para efectos de este Anexo se entiende por:

4.1. Accidente

El hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, que produzca una lesión corporal.

4.2. Asegurado

Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura en el presente anexo.

4.3. Asegurado principal

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y que tiene con el **TOMADOR** un vínculo distinto al de la contratación del seguro.

4.4. Enfermedad

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.

4.5. Hospitalización

Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas.

4.6. Indemnización

Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligada a pagar la **ASEGURADORA**, de acuerdo con las estipulaciones del presente anexo y del contrato de seguro.

QUINTA - SUMA ASEGURADA

Es el valor contratado para cada **ASEGURADO** del grupo individualmente considerado, el cual se establece en el Certificado Individual de Seguro correspondiente, para cada uno de los amparos cubiertos por este Anexo.

SEXTA - RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

En caso de que la póliza y/o este Anexo no sea renovado, y el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado por un evento médico amparado por este seguro, **LA ASEGURADORA** sólo será responsable de cubrir la Renta Diaria por Hospitalización generada por la hospitalización en curso y hasta la fecha de terminación de la póliza de seguro o el presente Anexo. Por lo tanto, las Rentas diarias por hospitalización que se causen con

posterioridad a la fecha de terminación, no estarán cubiertas aunque se deriven de una enfermedad diagnosticada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

SÉPTIMA - RECLAMACIONES

Para el pago de la indemnización, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

LA ASEGURADORA podrá efectuar al **ASEGURADO** todas las valoraciones médicas y exámenes diagnósticos que consideren necesarios mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

El **ASEGURADO** autoriza a **LA ASEGURADORA** a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **LA ASEGURADORA** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** quedará privado de todo derecho cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella, se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

OCTAVA - CONVERTIBILIDAD

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

NOVENA - REVOCACIÓN

Este Anexo podrá ser revocado:

9.1. Por decisión unilateral de **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, mediante comunicación escrita dirigida a **LA ASEGURADORA**.

9.2. Por decisión unilateral de **LA ASEGURADORA**, mediante aviso escrito al **TOMADOR** y/o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

DÉCIMA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

Este Anexo terminará por las siguientes causas:

- 10.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que **EL ASEGURADO** cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 10.2.** Por cualquier causal de terminación del seguro al cual accede este Anexo
- 10.3.** Por revocación del Anexo, de conformidad con la Cláusula Novena del presente Anexo.

Si después de terminado el Anexo **LA ASEGURADORA** recibe una o más primas por este anexo ello no implicará que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal terminación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.

DATOS ENVÍO**NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**DIRECCIÓN:****CIUDAD:** SINCELEJO-SUCRE**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** BANCO DAVIVIENDA S.A.**DATOS ASEGURADO - No. 1****NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**IDENTIFICACIÓN:** 92500936**EDAD:** 60 AÑOS**SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO**

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE MODIFICACION

Póliza Principal N°: 2783015357601**Póliza N°:** 2601200647002**Certificado:** 1 **N°:** 006**Fecha de Expedición:** 18/04/2023

VIGENCIA DE LA MODIFICACIÓN	DESDE	HASTA
	02/02/2023	02/12/2023
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

	NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
	ANDRES FELIPE ARRAZOLA SAMPEDRO	HIJO	50
	MARIA RAQUEL ARRAZOLA SAMPER	HIJO	50

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ -224,440,000	\$ -931,426
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ -224,440,000	\$ -201,996
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ -224,440,000	\$ -112,220
ULTIMOS GASTOS	\$ -5,000,000	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ -224,440	\$ -152,619
RENTA DIARIA POR INCAPACI	\$ -112,220	\$ -60,599
BONO-CANASTA	\$ -2,000,000	\$ 0

TOTAL PRIMA**\$ -1,458,860****Código de Clausulado que aplica:** 01/04/2019-1407-P-34-GR-000000000126-00DI. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com**OTROS BENEFICIOS**

SEGUNDA OPINION MEDICA

\$ VALORES A PAGAR

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.

TOTAL A PAGAR	\$ -437,658
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL



**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.

Firma Representante Legal



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL
 HOGAR VIDA GRUPO PYMES

STILLANT
22302158

NÚMERO DE PÓLIZA:

Tomador Fecha de diligenciamiento
Asegurado D 29 M 01 A 2023

Yo, ARIEL BEENKHO ARAZOLA MORAÑO, identificado(a) con CC No. 92500936 de SINCEJO, ante COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. Y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS", y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A., denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑÍAS, manifiesto 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 sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo objeto a asegurar en este contrato, cuando a ello hubiere lugar, y éste haya sido aceptado por LAS COMPAÑÍAS.

Certifico que la información suministrada por mí vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente y la consignada en la declaración de asegurabilidad electrónica # 29782105095 que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece descrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco fe que estos documentos servirán como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización, por lo tanto, entiendo que la falta de veracidad y exactitud, omisión o falsedad de la información suministrada y consignada en estos documentos, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley y será causal de nulidad del contrato de seguro. Además, autorizo a LAS COMPAÑÍAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización, a realizarme 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.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que:

A) La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley.

B) Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de SALARIO

C) He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras -FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU. y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte.

D) Entiendo que LAS COMPAÑÍAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LA/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizó para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Débito o cargo automático, aplica para vida, salud, autos y hogar)

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros Tarjeta de crédito número _____ del banco _____ a mi nombre, 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.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (Únicamente por Débito automático, aplica para vida y capitalización)

Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Capitalizadora Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos por concepto de cuotas de ahorro.

Cuando el pago de la prima se realice con cargo a mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneja. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de numeración de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora o capitalizadora, entendiéndolo que esto de ninguna manera me exime ni reemplaza mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 29 de ENERO del año 2023.

Ariel Arazola M

Nombre del cliente

92 500 936

C.C./ NIT

Ariel Arazola M

Firma del cliente

Huella

AUTORIZACIONES PARA CONSULTA CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

(1). AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008): A). Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines: 1.1. Como elemento de análisis para celebrar y mantener el contrato. 1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 1.3. Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de los datos de contacto. 1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. B). Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

(2). AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 2.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 2.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscrito(s). 2.3. Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 2.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 2.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 2.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades, así como enriquecer mi experiencia como cliente. 2.7. Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(los) contrato(s) suscrito(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atender reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia contratado, así mismo en el caso en que haya usuarios que puedan ser cobijados con los servicios de asistencia.

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

Le recordamos que las finalidades del Núm. 2.1. son necesarias para el desarrollo del contrato.

(3). GRUPO BOLÍVAR: Conozco que LAS COMPAÑÍAS y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

(4). DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. al Correo físico: Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9 en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com.

Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente frente a cada numeral firmo las presentes AUTORIZACIONES el día 29 de ENERO del año 2023.

Andrés Arcezo
Nombre del cliente

92 500 936
C.C./NIT

Andrés Arcezo
Firma del cliente

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Información de la Entrevista

Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula
<u>EUCUIDES PERALTA M</u>	<u>52063</u>	<u>1103096977</u>
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad
<u>24-01-2023</u>	<u>10 AM</u>	<u>SINCELEJO</u>
Localidad/Oficina		
<u>2002</u>		
Concepto general del cliente:		
Firma del responsable de la entrevista		
<u>EUCUIDES PERALTA M</u>		

Verificación de la Información

Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SI NO

Observaciones:

Nombre del responsable de la verificación	Código	Cédula
<u>Erika Yopez Peña</u>		<u>64589734</u>
Cargo	Localidad	
<u>Directora Comercial</u>	<u>2002</u>	



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN, ORIGEN DE RECURSOS Y AUTORIZACIONES

NÚMERO DE PÓLIZA: 260120064

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL
 HOGAR VIDA GRUPO PYMES

Tomador
Asegurado

Fecha de diligenciamiento: 7001
D 02 M 12 A 2021

Yo, Andrés Arriola Merlano identificado(a) con CC No. 92500936 Sinoboga, ante LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. Y CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS", ASISTENCIA BOLÍVAR S.A., denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a sus clientes incluidos los de LAS COMPAÑÍAS, manifiesto 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 encuentre pendiente de aprobación. Igualmente, acepto que el contrato de seguro sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo objeto de asegurar en este contrato, cuando a ello hubiere lugar, y éste haya sido aceptado por LAS COMPAÑÍAS.

Certifico que la información suministrada por mí vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente y la consignada en la declaración de asegurabilidad electrónica # 29763916534 he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece descrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco fe que estos documentos servirán como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización, por lo tanto, entiendo que la falta de veracidad y exactitud, omisión o falsedad de la información suministrada y consignada en estos documentos, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley y será causal de nulidad del contrato de seguro. Además, autorizo a LAS COMPAÑÍAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización, a realizarme 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, 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.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTES DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de prevenir que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que:

- A) La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley.
- B) Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad de CONTRATISTA.
- C) He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras -FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU. y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que mi información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales República de Colombia sea parte.
- D) Entiendo que LAS COMPAÑÍAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LAV/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar datos adicionales y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA a través de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización que haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Débito o cargo automático, aplica para vida, salud, autos y hogar)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros Tarjeta de crédito número 058000035731 del banco DAVIVIENDA a mi nombre, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora o no pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (Únicamente por Débito automático, aplica para vida y capitalización)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Capitalizadora Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos por concepto de cuotas de ahorro.

Cuando el pago de la prima se realice con cargo a mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneja. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de numeración de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora o capitalizadora, entendiéndolo que en ninguna manera me exime ni reemplaza mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, y he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 02 de DICIEMBRE del año 2021.

Andrés Arriola Merlano 92500936
Nombre del cliente C.C./NIT

[Firma]
Firma del cliente



AUTORIZACIONES PARA CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

(1). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2010):** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mí contraída(s) con aquellas, para que consulte bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines: 1.1. Como elemento de análisis para celebrar o mantener el contrato. 1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 1.3. Para hacer estudios de mercado o investigación comerciales o estadísticas. 1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de datos de contacto. 1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. B). Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

(2). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA para que traiga los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 2.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 2.2. Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscrito(s). 2.3. Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 2.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 2.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 2.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades, así como enriquecer mi experiencia como cliente. 2.7. Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(los) contrato(s) suscrito(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive la vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha suscribo. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atención de reclamos indicados en este documento.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia contratado, así mismo en el caso en que haya usuarios que puedan ser cobijados con los servicios de asistencia.

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio.

Le recordamos que las finalidades del Núm. 2.1. son necesarias para el desarrollo del contrato.

(3). **GRUPO BOLÍVAR:** Conozco que LAS COMPAÑÍAS y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

(4). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. al Correo físico: Avenida Calle 26 # 69-76 Torre 2 Piso 13 Centro Empresarial Elemento en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com.

Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente frente a cada numeral firmo las presentes AUTORIZACIONES el día 02 de Diciembre del año 2021.

Ariad B Ariza Mora
Nombre del cliente

92500936
C.C./ NIT

[Firma]
Firma del cliente

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, Intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Información de la Entrevista			
Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula	
<u>PAOLA BARBOSA PEREZ</u>	<u>31126</u>	<u>22865619</u>	
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina
<u>02-12-2021</u>	<u>8:00</u>	<u>S. Neely</u>	<u>2601</u>
Concepto general del cliente:			
Firma del responsable de la entrevista			
<u>[Firma]</u>			

Verificación de la Información		
Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Observaciones:		
Nombre del responsable de la verificación	Código	Cédula
Cargo	Localidad	



La siguiente información es complemento a la suministrada por usted a COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR durante el proceso de solicitud de su Seguro de Vida:

1. ¿Sufre usted de enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, cáncer, diabetes o recibe tratamiento con inmunosupresores? SI ~~NO~~
2. ¿Ha contraído usted el coronavirus o está en aislamiento sanitario debido a sospecha de contagio con el coronavirus? SI ~~NO~~
3. ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre? SI ~~NO~~
4. ¿Ha viajado durante los últimos 14 días al exterior o tiene planificado algún viaje al exterior? SI ~~NO~~

IMPORTANTE: 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; esta situación da derecho a la Compañía de Seguros a objetar cualquier posterior reclamación por omisión de información existente con anterioridad a la fecha de contratación del seguro. (Código de Comercio, artículo 1058).

Ariel B Arriaza Marino
NOMBRE

9250936 S/kyo
N° DE IDENTIFICACIÓN

OIV-77719-3

Bogotá, 9 de junio de 2023

Señor:

ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO
pueblitocampestre@yahoo.com.mx
Teléfono: 3002289345
Sincelejo, Sucre

Póliza No: **2601200647002**
Asegurado: **ARIEL ARRAZOLA**
Identificación: **92500936**
Reclamación: **26010000341**

Apreciado Señor Arrazola Merlano, reciba un cordial saludo.

Hemos recibido su solicitud, para el reconocimiento de la indemnización, derivada de la afectación de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente de la póliza citada en referencia.

Una vez revisados los documentos que soportan la reclamación y luego de hacer la validación correspondiente, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A** ha podido establecer que el Asegurado con anterioridad al ingreso a la póliza fue diagnosticado y médicamente tratado por las patologías que se indican a continuación, las cuales no fueron informadas en el momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, situación que agrava el estado del riesgo, generando las consecuencias previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio¹.

Fecha de diagnóstico según Historia Médica	Patología	Fecha de toma del seguro
25/05/2019	Gonartrosis derecha	02/12/2021
18/01/2021	Trastorno de adaptación, tarstorno mixto de ansiedad y depresión, gonartrosis, hipertensión arterial.	02/12/2021

¹ “(...) El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)”

SEGUROS
BOLÍVAR



OIV-77719-3

De acuerdo con las normas vigentes, el Tomador/Asegurado está en la obligación de manifestar cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro, para que con base en las respuestas la Aseguradora determine las condiciones de aceptación del riesgo y si es el caso, someter a exámenes médicos, generar extra prima, otorgar o limitar la cobertura o incluso negar el seguro.

Por esta razón, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A** no puede acceder al pago de indemnización que solicita en la reclamación.

Recuerde que ante cualquier inquietud, se puede comunicar con nosotros marcando desde su celular # 322, en Bogotá al 601-3122122 o al 018000 123 322 a nivel nacional.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Suarez'.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones

Indemnizaciones Seguros de Vida

Proyectó: MR

Elaboró: KM

1. INFORMACION DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	OIV-77719-3
ASEGURADO	ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO
EDAD	60 AÑOS
2. FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	Fecha de ingreso: 02/12/2021 Poliza anulada a partir del 02/02/2023
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	2.019
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	2.019
FECHA DEL SINIESTRO	-
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	25/05/2.019 GONARTROSIS DERECHA 18/01/2.021 TRASTORNO DE ADAPTACIÓN, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, GONARTROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	25/05/2.019
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	SE HUBIERA DECLINADO ANEXO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	SE HUBIERA DECLINADO ANEXO
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	GONARTROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO
4B. CODIGO:	101014011
4C. ¿PRESENTA LESIONES ORGÁNICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4D. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4E. ¿PUEDE LAVARSE EN EL BAÑO O DUCHA (INCLUYENDO LA ENTRADA Y SALIDA DE LA MISMA) O PUEDE REALIZAR SU ASEO PERSONAL POR SI MISMO?	SI
4F. VESTIRSE: ¿PUEDE PONERSE, QUITARSE O ATARSE TODO TIPO DE PRENDAS? ASÍ COMO ¿APARATOS ORTOPÉDICOS DE CUALQUIER TIPO, MIEMBROS ARTIFICIALES Y DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS?	SI
4G. COMER: ¿PUEDE INGERIR POR SI MISMO LOS ALIMENTOS UNA VEZ PREPARADOS?	SI
4H. HIGIENE: ¿PUEDE USAR UN SANITARIO O PUEDE LLEVAR A CABO SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN CUALQUIER OTRA FORMA?	SI
4I. MOVILIDAD: ¿PUEDE DESPLAZARSE EN ESPACIOS INTERIORES, DE UNA HABITACIÓN A OTRA EN SUPERFICIES PLANAS?	SI
4J. TRASLADO: ¿PUEDE DESPLAZARSE DESDE LA CAMA HASTA UNA SILLA RECTA O SILLA DE RUEDAS O VICEVERSA?	SI

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

4K. ¿PRESENTA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMOS PIES, DE TODA UNA MANO Y TODO UN PIE O PÉRDIDA DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS?	NO
5. EXCLUSIONES	
5A. ¿SU INCAPACIDAD ESTA DADA POR ALGÚN TRASTORNO, ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O DEL COMPORTAMIENTO?	SI TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO
5B. TENTATIVA DE SUICIDIO O LESION INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTEAO DE CORDURA O DEMENCIA, NI POR LA INCAPACIDAD TOTALY PERMANENTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.	NO
6.ADICIONALES	
6a. ¿se necesitan investigar historia clínica?	NO
6.b ¿se necesita algún otro documento?	NO
8.OBSERVACIONES	
	<p>30 MAYO 2.023 DX: GONARTROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO.</p> <p>JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE BOLÍVAR CALIFICÓ PCL: 50,64% F.E.: 22/10/2.022.</p> <p>TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO: CORRESPONDEN A TRASTORNO, ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O DEL COMPORTAMIENTO.</p> <p>INFORMACIÓN MÉDICA APORTADA NO REGISTRA LIMITACION FUNCIONAL QUE IMPIDA AL ASEGURADO REALIZAR LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.</p> <p>ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES PREVIOS AL INGRESO A LA PÓLIZA:</p> <p>25/05/2.019 GONARTROSIS DERECHA</p> <p>18/01/2.021 TRASTORNO DE ADAPTACIÓN, TARSTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, GONARTROSIS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL.</p> <p>SE HUBIERA DECLINADO ANEXO.</p> <p>INFORME DE INVESTIGACIÓN CORROBORA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN APORTADA.</p>

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA



**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

1. Información general del dictamen		
Fecha de dictamen: 24/03/2023	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	N° Dictamen: 04202300541
Tipo de calificación: Dictamen pericial		
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante: Persona natural	Nombre solicitante: Ariel Bernardo Arrazola Merlano	Identificación: CC 92500936
Teléfono: - 3002289345 - 3103434992	Ciudad: Sincelejo - Sucre	Dirección: Carrera 4 Numero 18b-200 Barrio Vallejo
Correo electrónico: pueblitocampestre@yahoo.com.mx		

2. Información general de la entidad calificadora		
Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bolívar	Identificación: 806008908-2	Dirección: Pie de la Popa Cra. 21 # 29A - 72 Callejón Lequerica
Teléfono: 3004119791	Correo electrónico: recepcion@juntaregionalbol.com	Ciudad: Cartagena de indias - Bolívar

3. Datos generales de la persona calificada		
Nombres y apellidos: Ariel Bernardo Arrazola Merlano	Identificación: CC - 92500936 - Sincelejo	Dirección: Carrera 4 Numero 18b-200 Barrio Vallejo
Ciudad: Sincelejo - Sucre	Teléfonos: - 3002289345 - 3103434992	Fecha nacimiento: 29/11/1962
Lugar: Sincelejo - Sucre	Edad: 60 año(s) 3 mes(es)	Genero: Masculino
Etapas del ciclo vital: Población en edad económicamente activa	Estado civil: Casado	Escolaridad: Tecnología
Correo electrónico: pueblitocampestre@yahoo.com.mx	Tipo usuario SGSS:	EPS:
AFP:	ARL:	Compañía de seguros:

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

- 22/5/2019 Rm De Rodilla Derecha: conclusión: se aprecia cambios de osteoartritis de predominio en el comportamiento femoral medial donde hay pérdida de grosor prácticamente completo del cartilago, lesión condrales grado II-III a nivel del surco intracondilea femoral. Se aprecia rotura radial que involucra tanto el cuerpo con la raíz posterior del menisco interno con extrusión meniscal asociada.
- 18/1/2021 Historia Clínica – Psiquiatría: 58 años, hipertenso con problemático en rodilla derecha: artrosis degenerativa, dolor; importancia funcional leve y cesante laboralmente alta; Dx: ocasiona disconfort, emoción, irritabilidad baja Autoestima Trastorno Adaptativo Con Alteración De Las Emocionales; secuelas: problemas emocionales por dolor y por importancia.
- 11/8/2022 Historia Clínica – Salud Cardiovascular: "Control RCV" masculino de 59 años de edad, con antecedentes de Hta crónica, quien consulta control de Rcv en buenas condiciones generales, asintomática cardiovascularmente, con toma de medicina diaria, por horario, con tolerancia niega hospitalizaciones.
- 30/9/2022 Emg: conclusión estudio electrofisiológico compatible con neuropatía por atrapamiento del nervio mediano a nivel del carpo de carácter leve bilateral.
- 8/10/2022 Rx De Ambas Rodillas Comparativas Frente Y Lateral: conclusión: Gonartrosis Leve Bilateral; Cambios Artropaticos De La Articulación Patelo Femoral Bilateral.
- 22/10/2022 Historia Clínica – Psiquiatría: paciente masculino de 59 años de edad residente en Sincelejo de ocupación empleado de la alcaldía (espacio público) acude por primera vez a consulta de psiquiatría por la EPS, derivado de Colpensiones en contexto de antecedentes médicos de gonartrosis primaria, hipertensión arterial crónica en solicitud de proceso de pensión, manifiesta el paciente síntomas de dolor bilateral en rodillas, limitación para mantener en pie, durante tiempos prolongados desencadenado alteraciones del estado de ánimo, síntomas de tristeza, labilidad afectiva, ideas de minusvalía "siempre he sido deportista y ahora no puedo hacer ejercicios" trastorno del sueño, episodios de irritabilidad conductas de agresividad verbal y física, alteraciones sensorceptivos de tipo visuales; "veo sombras" niega ideas de muerte y plan suicida al momento de la entrevista, paciente que viene siendo atendido por psiquiatría particular, documenta historia del 18/1/2021 indica psicoterapia, apoyo emocional Dx: Trastorno De Adaptación; F412 Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresión; M719 Gonartrosis, No Especificada; L10x Hipertensión Esencial (Primaria).

Valoraciones del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 11/03/2023

Especialidad: Md Laboral

El señor ARIEL BERNARDO ARRÁZOLA MERLANO, actuando por conducto de apoderado judicial, presenta solicitud de Prueba Extraprocesal, a fin de que se le practique un peritazgo de la pérdida de capacidad laboral por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Lo anterior, con el fin de iniciar un proceso ordinario laboral contra la AFP COLPENSIONES, para reconocimiento de pensión por invalidez.

Valoración 3103434992 Rogelio Arrazola primo : refiere Hta desde 2004, control médico y farmacológico , antes losartán y ayer por cifras Candepres A- 16-5 Mg , hidrocloretozida 25 m , Desmigras de 20 mg , refiere nicturia , estudios cardíacos al parecer arritmia , hace rato estudio de rayos x, con tratante hace muchos años , al parecer isquemia.

A nivel de rodilla, refiere deportista toda la vida , con dolor hace 6 a 8 años en ambas rodillas al inicio primero la izquierda (zurdo) , control por Ortopedista privado y por AFP colpensiones remitió a EPS Salud total, manejo con nalgescic , el dolor 7-9/10 (EVA)limita posturas prolongadas sedente y bipeda , edema .

En control con psiquiatra desde 2019 control Md particular psiquiatría , con estrés decaimiento y pérdida funcional en relación a diversas actividades, incluyendo deporte . Altera sueño y se despierta a las 2 am, logra descanso en el día al dormir a intervalos.

RXS : uso de lentes formulados

Cargo : agente de ventas y representantes . para Colpatria entre otras , última labor hasta junio del 2006 , posterior independiente , cotizando al sistema de seguridad social.

Vive con esposa .

Videollamada : paciente adulto sobrepeso , a nivel de rodillas evidencia genu varo bilateral predominio izquierdo , con edema ipsilateral en relación a la derecha , con rest Ama bilateral a 100° , extensión completa, leve hipotrofia muslo izquierdo.

Esfera mental : orientado , memoria parcial , no precisa fechas , asiste acompañado familiar , ideas parcial de minusvalía por sus extremidades y alteración del sueño asociado a dolor , no ideas delirantes , anhedonia por su limitación para el deporte y actividad laboral , inteligencia impresiona promedio.

Acorde a las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional frente a la emergencia sanitaria por el COVID-19, la presente calificación y emisión del dictamen, se realiza basado en la comunicación, valoración no presencial, revisión del contenido expediente y acorde a soportes de historial clínico así como soportes relacionados con paraclínicos y evolución médica, conceptos especialistas tratantes con autorización del paciente remitido

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
M179	Gonartrosis, no especificada	Bilateral		Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión			Enfermedad común
G470	Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios]			Enfermedad común

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

7. Concepto final del dictamen		
Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I		24,84%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales - Título II		25,80%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)		50,64%
Origen: Enfermedad	Riesgo: Laboral	Fecha de estructuración: 22/10/2022
Fecha declaratoria: 24/03/2023		
Sustentación fecha estructuración y otras observaciones: Concepto de Psiquiatria		
Nivel de pérdida: Invalidez	Muerte: No aplica	Fecha de defunción:
Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica	Ayuda de terceros para toma de decisiones: No aplica	Requiere de dispositivos de apoyo: No aplica
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica	Enfermedad degenerativa: Si	Enfermedad progresiva: Si

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA



SERVICIOS INTEGRALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S
Licencia SST: 591/2019 - Sec. Salud Departamental
NIT: 900078523-1

PROCESO: MEDICINA PREVENTIVA/DEL TRABAJO
Procedimiento: CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

PACIENTE: ARRAZOLA MERLANO ARIEL BERNARDO
No HISTORIA: 92500936 EDAD: 58 Años 1 Mes
IDENTIFICACION: CC92500936 SEXO: Masculino
EMPRESA: PARTICULAR
FECHA: 28/01/2021 08:10 a.m.



NOTIFICACION DE LA EMPRESA:

TIPOINGRESO
NOMBRE DE LA EMPRESA .PARTICULAR
ACTIVIDAD ECONOMICA. OTROS
CARGO.JEFE DE ESPACIO PUBLICO

EXAMENES REALIZADOS:

EXAMENES DE LABORATORIO: .PERFIL LIPIDICO
EXAMEN OPTOMETRICO:VISIOMETRIA
OTROS :EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEMUSCULAR Y RESPIRATORIO

CONCEPTO DE VALORACIÓN OCUPACIONAL:

CONCEPTO DE VALORACIÓN OCUPACIONAL: .ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES, PACIENTE NO PRESENTA SISTEMAS RESPIRATORIOS AL MOMENTO DE REALIZAR LA VALORACION MEDICA.
OBSERVACIONES ESPECIALES:HTA CRÓNICA, SOBREPESO

RECOMENDACIONES:

RECOMENDACIONES GENERALES. . . . HIGIENTE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS POR LABOR, USO DE EPP
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS. . . REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, AUMENTAR CONSUMO DE AGUA, FRUTOS Y VERDURAS, HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE, USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS CADA 2 HORAS,, MANTENER DISTANCIAMIENTO, USAR LA APLICACION CORONAPP
RECOMENDACIONES MEDICAS. . . . VALORACION POR NUTRICION, CONTINUAR CONTROLES EN EPS POR HTA, VALORACION POR OPTOMETRIA

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

DATOS ENVÍO**NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**DIRECCIÓN:** CRA 4 18B 200**CIUDAD:** SINCELEJO-SUCRE**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**SEGURO DE VIDA****CERTIFICADO DE SEGURO****Póliza N°:** 2002126226801**Certificado:** 0 **N°:** 003**Fecha de Expedición:** 31/01/2023**OBSERVACIONES:** CERTIFICADO DE SEGURO

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	31/01/2023	31/01/2024
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO	92500936	MASCULINO	60 AÑOS	84 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
MARIA RAQUEL ARRAZOLA SAMPEDRO	1039463989	HIJO/A	50	\$50,000,000
ANDRES FELIPE ARRAZOLA SAMPEDRO	1102849708	HIJO/A	50	\$50,000,000

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
EUCLIDES RAFAEL PERALTA MARTINEZ	3008016410 - 3008016410

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$100,000,000	\$1,738,100
916 ITP SUMA ADICIONAL	\$300,000,000	\$952,800

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Incremento valor asegurado: IPC + 0 Adicional. 0 %

Código de clausulado que aplica: 01112018-1407-P-37-VI-505-00DI. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

AHORRO

Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo Fondo de Ahorro a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS

- ASSIST CARD - SEGUNDA OPINION MEDICA - ASISTENCIA BOLIVAR

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$-1,345,450
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$-1,345,450
PERIODICIDAD DE PAGO:	SEMESTRAL



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 a exigir las.

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.

Firma Representante Legal

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE AHORRO CON PARTICIPACION DE UTILIDADES VIVA LA VIDA HOMBRE

01112018-1407-P-37-VI-505-00DI

PARTE PRELIMINAR

Con sujeción a las Condiciones de la presente póliza, la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. que en el presente contrato de seguro se llamará **BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, la cual se incorpora al contrato de seguro de vida para todos sus efectos, pagará en caso de siniestro a **EL ASEGURADO** o su (s) Beneficiario (s) la suma asegurada que se indica en la carátula de la póliza del seguro de vida más el valor de cesión alcanzado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades a la fecha de pago.

En lo no previsto por esta póliza, los derechos y las obligaciones emanadas del presente contrato se rigen por lo previsto en el Código de Comercio, la regulación financiera y la regulación en materia de Protección al Consumidor Financiero.

CONDICIÓN PRIMERA. - AMPAROS DEL SEGURO DE VIDA

1.1. Amparo básico del seguro de vida.

Con sujeción a las condiciones de la presente póliza, **BOLÍVAR** cubre durante la vigencia de la misma, el riesgo de muerte de **EL ASEGURADO**.

1.2. Amparos adicionales.

Mediante convenio expreso, entre **BOLÍVAR** y **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, **BOLÍVAR** otorga los siguientes amparos adicionales a través de anexos a la presente póliza:

1.2.1. Anexo de Accidentes Personales.

1.2.2. Anexo de Enfermedades Graves como Suma Adicional.

1.2.3. Anexo de Enfermedades Graves e Invalidez como Anticipo.

1.2.4. Anexo de Incapacidad Total y Permanente.

1.2.5. Anexo de Incapacidad Total y Permanente como Suma Adicional.

1.2.6. Anexo de Exoneración de Pago de Primas.

1.2.7. Anexo de Invalidez como Suma Anticipada.

CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES DEL SEGURO DE VIDA.

Dentro del primer (1) año, contado a partir de la fecha de iniciación de vigencia del seguro o desde la fecha en que se apruebe cualquier aumento de valor asegurado realizado por **EL ASEGURADO, BOLÍVAR** no queda obligada al pago de ninguna indemnización por los siguientes eventos:

2.1. Suicidio.

Si **EL ASEGURADO** se quita la vida estando en su sano juicio o demente, sea consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, o en cualquier otra circunstancia.

Transcurrido el plazo señalado, el evento de suicidio está amparado bajo la presente póliza.

CONDICIÓN TERCERA. - VALOR ASEGURADO.

El valor asegurado en cualquier momento de la vigencia de la póliza es igual a la suma del valor asegurado nominal más el valor de cesión alcanzado a esa fecha.

3.1. Valor asegurado nominal.

El valor asegurado nominal se estipula en pesos y corresponde inicialmente al valor asegurado que se indica en la carátula a la fecha de expedición del seguro.

Con el objetivo de garantizar el valor adquisitivo de la suma asegurada **BOLÍVAR** le ofrece al **TOMADOR** las siguientes alternativas de incremento automático anual:

El valor asegurado se incrementará automáticamente en el aniversario de la póliza según la opción escogida por **EL ASEGURADO** en la Solicitud de Seguro de Vida. En caso de que no sea elegido ningún tipo de incremento de valor asegurado ofrecido por **BOLÍVAR**, este se incrementará automáticamente de acuerdo con la variación del IPC de los últimos 12 meses. El incremento del valor asegurado se liquidará en el primer aniversario de la póliza sobre el valor asegurado inicial y en los años siguientes sobre el valor asegurado acumulado, teniendo en cuenta los incrementos anteriores.

Si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** no desea que se aumente automáticamente el valor asegurado en cualquiera de las renovaciones, deberá presentar solicitud escrita a **BOLÍVAR**, a más tardar en la fecha de vencimiento del período de gracia para el pago de primas.

El valor asegurado nominal sólo se podrá modificar en los aniversarios de la póliza, de acuerdo con el incremento porcentual, si este ha sido pactado por **EL ASEGURADO** en la Solicitud de Seguro de Vida. Cualquier otra modificación del valor asegurado estará sujeta a la aprobación de **BOLÍVAR**.

EL TOMADOR ha sido informado de estas condiciones en el momento de diligenciar la solicitud de seguro.

3.2. Valor de cesión.

El valor de cesión durante cualquier fecha dentro de la vigencia de la póliza será igual al monto que **EL ASEGURADO** acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, aprobado por la Superintendencia Financiera.

CONDICIÓN CUARTA. – PRIMA DEL SEGURO DE VIDA.

La prima del seguro de vida está compuesta por la prima de riesgo a través de la cual se cubre el riesgo de vida de **EL ASEGURADO** y los amparos adicionales y por un componente de ahorro a través del cual **EL ASEGURADO** va constituyendo los valores de cesión en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades.

CONDICIÓN QUINTA. - LUGAR PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes al seguro de vida pueden pagarse de las siguientes formas:

- Pago en línea.
- Con el recibo de pago en cualquiera de las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia, Grupo Éxito o Banco de Occidente.
- Por medio de débito automático a través de tarjetas de crédito, cuentas corrientes o cuentas de ahorro (en este caso **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** a cargo de quien se encuentre el pago de la prima, se obliga a mantener disponibles durante todo el lapso comprendido entre el primero (1°) y el último día del mes previsto para efectuar el descuento, según periodicidad de pago pactada, el cupo o fondos necesarios para que **BOLÍVAR** pueda efectuar el proceso de débito automático y recaudo de la prima. Las entidades financieras con las que **BOLÍVAR** tiene habilitada esta opción están disponibles en la página WEB: www.bolnet.com.co/img/convenios/rec_deb_aut.htm.
- Pagar a plazos a través de los programas de financiación de **BOLÍVAR**.

CONDICIÓN SEXTA. - PERIODICIDAD PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.

A solicitud escrita de **EL ASEGURADO**, en el momento de la expedición o renovación del seguro, la prima del seguro de vida podrá fraccionarse en períodos mensuales, semestrales o anuales, sujeto a la aprobación de **BOLÍVAR**.

Para el fraccionamiento de la prima de riesgo se aplicará un factor de recargo por pago semestral o mensual. Para el fraccionamiento del componente de ahorro no se aplicará ningún recargo.

CONDICIÓN SÉPTIMA. - PLAZO DE GRACIA.

Excepto para la primera prima, se concede un plazo de gracia de un (1) mes para el pago de las primas, a partir de las fechas convenidas y que para tal efecto se ha señalado en la carátula de la póliza.

La falta de pago de las primas posteriores a la primera, transcurrido el período de gracia, y después de aplicado el pago automático de primas a que se refiere la Condición Octava del presente capítulo, producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida a partir de la fecha hasta donde alcance a cubrir las primas efectivamente pagadas y **BOLÍVAR** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo, en los términos del artículo 1068 del Código de Comercio. Si **EL ASEGURADO** fallece durante el período de gracia, **BOLÍVAR** deducirá de la indemnización el valor de la prima anual pendiente de pago.

CONDICIÓN OCTAVA. - PAGO AUTOMÁTICO DE PRIMAS.

Si después de haberse iniciado la vigencia de este seguro de vida, la prima de riesgo no es pagada en la fecha pactada, ni durante el período de gracia, y hubiere valor de cesión, **BOLÍVAR** trasladará automáticamente el importe de dicha prima, disminuyéndose en esa misma cantidad el valor de cesión en la fecha límite en que se debió realizar el pago.

En caso que el valor de cesión no sea suficiente para cubrir dicha suma, **BOLÍVAR** trasladará el valor disponible para sufragar aquella parte de la prima de riesgo que alcance a cubrir, quedando la póliza prorrogada por el período proporcional a la parte de la prima pagada en esta forma.

EL ASEGURADO autoriza a **BOLÍVAR** para aplicar dicho pago automático de las primas de riesgo en forma proporcional al seguro de vida (Amparo Básico, Anexo de Accidentes Personales, Anexo de Enfermedades Graves como Suma Adicional o Anexo de Enfermedades Graves e Invalidez como Anticipo, Anexo de Incapacidad Total y Permanente, Anexo de Incapacidad Total y Permanente como suma adicional, Anexo de Invalidez como suma anticipada).

Cuando se agote el valor de cesión, se producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida.

CONDICIÓN NOVENA. – FONDO DE PLANES CON PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

El Fondo de Planes con Participación de Utilidades se establece como el instrumento a través del cual se va constituyendo el valor de cesión del seguro, mediante el traslado del valor del componente de ahorro, de acuerdo con la nota técnica aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONDICIÓN DÉCIMA. - DINÁMICA DEL FONDO DE PLANES CON PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

El retorno de los rendimientos del valor de cesión acumulado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades se hace a través de una tasa (neta de gastos) que se aplica diariamente a dicho valor de cesión acumulado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades. El valor de la tasa varía dependiendo del resultado de las inversiones que **BOLÍVAR** realice dentro de la gestión administrativa de los valores de cesión del Fondo de Planes con Participación de Utilidades.

Por medio de solicitud expresa a **BOLÍVAR**, **EL ASEGURADO** puede efectuar retiros y reintegros del Valor de Cesión. Los retiros parciales serán hasta del 90% del valor de cesión, de acuerdo con las siguientes condiciones:

10.1. Los retiros deben provenir de aportes que hayan permanecido por lo menos un año en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades.

10.2. Toda solicitud de retiro del fondo, deberá contar con la firma de **EL ASEGURADO**.

PARÁGRAFO. BOLÍVAR se obliga a retornar a **EL ASEGURADO** en este seguro de vida de ahorro con participación, no menos del setenta por ciento (70%) de la utilidad originada en la inversión de sus reservas matemáticas y técnicas, determinada en la forma prevista en el numeral segundo del artículo 201 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

De conformidad con las normas legales vigentes, **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **BOLÍVAR**. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por **BOLÍVAR**, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirá la nulidad del contrato de seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** ha encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **BOLÍVAR** solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente a la tarifa estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa adecuada al verdadero estado del riesgo, salvo lo previsto en la Condición Décima Tercera en los términos del artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si **BOLÍVAR**, antes de celebrarse el contrato ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, conviene en subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA.- IRREDUCTIBILIDAD.

Transcurridos dos (2) años en vida de **EL ASEGURADO** desde la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro de vida, la suma asegurada de vida no podrá ser reducida por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. - ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del **ASEGURADO** se comprobare inexactitud en la Solicitud del Seguro de Vida, se aplicarán las siguientes normas:

- 13.1.** Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de **BOLÍVAR**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la Condición Décima Primera en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.
- 13.2.** Si es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima percibida por **BOLÍVAR**.
- 13.3.** Si es menor, la suma asegurada se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 13.2 de la presente condición.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. - BENEFICIARIOS.

EL ASEGURADO podrá cambiar la designación de beneficiarios del seguro de vida en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza pero tal cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a las oficinas de **BOLÍVAR** a nivel nacional. El cambio podrá efectuarse sin el consentimiento del beneficiario anterior, excepto cuando este tenga la calidad de oneroso, caso en el cual, para cambiarlo, se requiere su consentimiento o la desaparición del interés que lo legitima. El cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a **BOLÍVAR**; adicionalmente, en este documento debe constar el sello y la fecha de recibido por parte de **BOLÍVAR**.

Cuando no exista designación de beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa o el beneficiario fallezca simultáneamente con **EL ASEGURADO** o se ignore cual de los dos ha muerto primero, tendrán la calidad de tales según lo establece el artículo 1142 del Código de Comercio, el cónyuge de **EL ASEGURADO**, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será el equivalente al valor de la deuda indicado por **EL ASEGURADO** en el momento de la designación del beneficiario oneroso o al saldo insoluto de la deuda en la fecha de fallecimiento de **EL ASEGURADO**, en caso de que dicho saldo sea menor.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. - LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA.

15.1. Edad mínima para la contratación de la póliza es de 20 años.

15.2. La edad límite de cobertura y de aportes al Fondo de Planes con Participación de Utilidades es de 84 años y 364 días.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. - OPCIONES DE LIQUIDACIÓN.

EL ASEGURADO podrá, durante la vigencia de la póliza, acogerse a una de las siguientes opciones de liquidación, cuando solicite la terminación del contrato:

16.1. Pago del valor de cesión en efectivo.

EL ASEGURADO podrá, mediante comunicación escrita presentada en las oficinas de **BOLÍVAR**, solicitar el pago del valor de cesión que acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, caso en el cual la póliza será cancelada.

16.2. Seguro saldado.

EL ASEGURADO podrá contratar un seguro saldado de por vida por el valor asegurado que se calcule, según la nota técnica de la póliza, con base en el valor de cesión existente en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, sin que dicho valor asegurado exceda el valor alcanzado por este seguro a la fecha de utilización de esta opción.

Cualquier saldo que hubiere a favor de **EL ASEGURADO** una vez efectuada esta liquidación, será reembolsado en efectivo en la misma fecha del cambio.

16.3. Seguro prorrogado.

EL ASEGURADO podrá contratar un seguro prorrogado cuya vigencia se extenderá por el término que se calcule de acuerdo con la nota técnica de la póliza, con base en el valor de cesión que acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, contado desde la fecha de vencimiento de la prima no pagada, hasta por un valor asegurado igual al valor asegurado alcanzado en la fecha de la prórroga.

Cualquier saldo que hubiere a favor del **ASEGURADO** una vez efectuada esta liquidación, será reembolsado en efectivo en la misma fecha del cambio.

16.4. Valor de cesión como garantía.

EL ASEGURADO podrá utilizar el valor de cesión de esta póliza como garantía de cualquier obligación que contraiga con terceros. Para el efecto, deberá dirigir a **BOLÍVAR** una comunicación escrita para indicar que el valor de cesión a que tiene derecho quedará afecto al cumplimiento de determinada obligación. **EL ASEGURADO** deberá indicar además, la clase, la cuantía y el nombre del acreedor. En tal caso, la utilización del valor de cesión tendrá un máximo igual al monto que **EL ASEGURADO** pudiere exigir como retiro parcial en la fecha en que **BOLÍVAR** reciba la respectiva comunicación.

El valor de cesión que esté siendo utilizado como garantía, no estará disponible para el efecto del pago automático de primas estipulado en la Condición Octava.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA.- CONVERSIÓN.

En cualquier aniversario de la póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y la edad de **EL ASEGURADO** no exceda la edad límite, se podrá rescindir el seguro y tomar otro, sin pruebas de asegurabilidad, bajo uno de los planes de seguro de vida individual de los que emite **BOLÍVAR**, con excepción de los temporales y crecientes, con base en la edad alcanzada por **EL ASEGURADO** y por un valor asegurado no mayor al de esta póliza en la fecha de conversión.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA.- VALOR A INDEMNIZAR.

18.1. Pago de la indemnización

BOLÍVAR pagará al asegurado o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro. Dicha obligación está condicionada al cumplimiento de los requisitos legales y contractuales correspondientes.

18.2. Plazo para el pago de la indemnización.

En caso de fallecimiento de **EL ASEGURADO**, **BOLÍVAR** pagará a los beneficiarios el valor asegurado

alcanzado a la fecha de siniestro. Conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio, el pago se efectuará dentro del mes siguiente a la fecha en que el o los beneficiarios acrediten su derecho.

EL ASEGURADO autoriza a **BOLÍVAR** a que solicite, aún después de su fallecimiento, el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite **BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

EL ASEGURADO o Beneficiarios quedarán privados de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

EL ASEGURADO o Beneficiarios, a petición de **BOLÍVAR**, deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

18.3. Opción para el pago de la indemnización.

Los Beneficiarios, atendiendo la voluntad de **EL ASEGURADO**, recibirán como una suma total a favor de los Beneficiarios por el valor alcanzado a la fecha de siniestro, de acuerdo con el porcentaje asignado por **EL ASEGURADO** a cada uno de ellos.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA.- EL CONTRATO.

Hacen parte integrante del contrato:

- 19.1. La solicitud de seguro firmada por **EL ASEGURADO**.
- 19.2. La declaración de asegurabilidad firmada por **EL ASEGURADO**.
- 19.3. Los resultados de los exámenes médicos de **EL ASEGURADO**.
- 19.4. Las condiciones generales y particulares del contrato, así como su carátula.
- 19.5. Los anexos que se emitan para adicionar, renovar, modificar, suspender o revocar este contrato.

CONDICIÓN VIGÉSIMA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Toda modificación a las condiciones y/o valores asegurados, deberá tramitarse con la firma de **EL ASEGURADO** en cualquier momento de la vigencia del seguro. En ausencia de éste, quien solicite la modificación deberá contar con un poder debidamente otorgado que lo faculte para solicitar los cambios a nombre de **EL ASEGURADO**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. - VIGENCIA Y RENOVACIÓN.

- 21.1.** Con el pago de la primera prima se inicia la vigencia del seguro.
- 21.2.** La vigencia de la póliza es la señalada en la carátula.
- 21.3.** Con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida del **ASEGURADO** mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que ésta continuará vigente en las siguientes condiciones:
- 21.3.1.** Hasta que **EL ASEGURADO** cumpla la edad límite de cobertura establecida en la Condición Décimo Quinta de este contrato,
 - 21.3.2.** Se pague la prima con la periodicidad pactada,
 - 21.3.3.** No se presente alguna de las causales de terminación descritas en la condición Vigésimo Tercera.
- 21.4.** Respecto a la renovación:
- 21.4.1.** La renovación no requerirá nuevas pruebas de asegurabilidad.
 - 21.4.2.** La renovación se generará por un período igual al establecido en la carátula y así consecutivamente, y
 - 21.4.3.** La renovación dará lugar a la emisión de un nuevo certificado de la póliza donde se expresará el valor asegurado y el valor de la prima, teniendo en cuenta el incremento del valor asegurado y la edad del **ASEGURADO**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. - VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.

La presente póliza tendrá un cubrimiento máximo hasta la terminación de la vigencia cuando **EL ASEGURADO** haya cumplido la edad límite, de acuerdo con lo estipulado en la Condición Décimo Quinta de este contrato.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. - TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

La presente póliza y sus anexos terminan por las siguientes causas:

- 23.1.** Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- 23.2.** Cuando **EL ASEGURADO** o **EL TOMADOR**, por escrito, solicite la terminación del seguro.
- 23.3.** En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en la que **EL ASEGURADO** cumpla 84 años y 364 días de edad.
- 23.4.** Cuando La Compañía pague la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente siempre y cuando no sea el anexo de incapacidad total y permanente como suma adicional.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA.- REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por **EL ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **BOLÍVAR**.

Cuando **BOLÍVAR** haya recibido una o más primas por el presente contrato, después de que hubiere sido revocado, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada por **BOLÍVAR**.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA.- PAGOS Y DEUDAS.

Cualquier suma pagadera por **BOLÍVAR** bajo la presente póliza, será cancelada en su oficina Principal en Bogotá en sus agencias, sucursales o en cualquiera de las oficinas autorizadas. Toda deuda a favor de **BOLÍVAR** en razón de esta póliza, será deducida al efectuar cualquier liquidación a favor de **EL ASEGURADO** o sus Beneficiarios.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA.- BASES DE CÁLCULO.

Los valores de las tasas de la prima de riesgo que se involucran en el cálculo de la tarifa de esta póliza, han sido calculados con base en la tabla colombiana de mortalidad para asegurados aprobada por la Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA.- NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores deberá consignarse por escrito; será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA.- DOMICILIO.

Las obligaciones emanadas de este contrato se cumplirán en la ciudad de Bogotá D.C., domicilio principal de **BOLÍVAR**.

DATOS ENVÍO**NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**DIRECCIÓN:** CRA 4 18B 200**CIUDAD:** SINCELEJO-SUCRE**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**SEGURO DE VIDA****CERTIFICADO DE MODIFICACION****Póliza N°:** 2002126226801**Certificado:** 1 **N°:** 000**Fecha de Expedición:** 15/09/2023**OBSERVACIONES:** ANULADA POR NO PAGO - AGOTAMIENTO FONDO.CERTIFICADO DE MODIFICACION

VIGENCIA DE LA MODIFICACION	DESDE	HASTA
	31/07/2023	31/01/2024
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO	92500936	MASCULINO	60 AÑOS	84 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
MARIA RAQUEL ARRAZOLA SAMPEDRO	1039463989	HIJO/A	50	\$50,000,000
ANDRES FELIPE ARRAZOLA SAMPEDRO	1102849708	HIJO/A	50	\$50,000,000

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
EUCLIDES RAFAEL PERALTA MARTINEZ	3008016410 - 3008016410

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$100,000,000	\$-876,193
916 ITP SUMA ADICIONAL	\$300,000,000	\$-480,316

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Incremento valor asegurado: 0 %

AHORRO

Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo Fondo de Ahorro a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS

- ASSIST CARD - SEGUNDA OPINION MEDICA - ASISTENCIA BOLIVAR

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$0
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$0
PERIODICIDAD DE PAGO:	SEMESTRAL



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 a exigir las.

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.

Firma Representante Legal



Número de declaración electrónica : 29763916534

Fecha : 02 de Diciembre de 2021

Número Documento : CC-92500936

Nombre : ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

Edad: 59 Años

Producto: 764 - Bienestar Familias

IMPORTANTE: 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; ESTA SITUACIÓN DA DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS A OBJETAR CUALQUIER POSTERIOR RECLAMACIÓN POR OMISIÓN DE INFORMACIÓN EXISTENTE CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO. (CÓDIGO DE COMERCIO, ARTÍCULO 1058)

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

1.	¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro del marco legal?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
2.	¿Ha sido indiciado, 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 y otro deporte denominado de alto riesgo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

INFORMACION MEDICA

1.	¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	79
0.	¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	170
2.	¿Ha sufrido de hipertensión arterial?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
0.	¿Tiene en este momento 45 años o más?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
0.	¿Está en tratamiento con medicamentos?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
0.	¿En alguna ocasión ha estado en urgencias por hipertensión?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
0.	¿Le han practicado algún electrocardiograma y le han informado que el resultado es normal?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
0.	¿Contrató enfermedades graves?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
3.	¿En los últimos 5 años ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades de los riñones: creatinina elevada, insuficiencia renal crónica, cálculos en los riñones, glomerulonefritis, hidronefrosis o enfermedades congénitas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No





Número de declaración electrónica : 29763916534

Fecha : 02 de Diciembre de 2021

Número Documento : CC-92500936

Nombre : ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

Edad: 59 Años

Producto: 764 - Bienestar Familias

4.	¿En los últimos 5 años ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades del sistema respiratorio: Asma, Epec o Tuberculosis?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
5.	¿En los últimos 5 años ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades del sistema digestivo: Esófago de Barret, Hemorragia de vias digestivas o enfermedad de crohn?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
6.	¿En los últimos 5 años ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades del hígado y las vias biliares: Pancreatitis, Cirrosis, Hemocromatosis o hepatitis B O C?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
7.	¿En los últimos 5 años ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades neurológicas: Epilepsia, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, parkinson o hidrocefalia?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
8.	¿Ha sufrido de enfermedades de lo ojos tales como: ceguera de uno o ambos ojos, ambliopía, enfermedades de la retina, glaucoma, trasplante de cornea, o queratocono?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
9.	¿Ha sufrido de enfermedades de los oídos tales como: sordera, hipoacusia o vértigo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
10.	¿Ha sufrido de disfonía, laringitis o problemas de la voz de manera continua o discontinua por periodos de tiempo superior a 3 meses, o le han diagnosticado enfermedades de las cuerdas vocales o nódulos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
11.	¿En los últimos 5 años ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades de la sangre: problemas de coagulación, trombocitopenia o púrpura?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
12.	¿Ha sufrido de lupus, sjogren, artritis reumatoidea, esclerodermia, fibromialgia, artrosis o espondilitis?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
13.	¿Tiene amputación de alguna extremidad total o parcial, o en los últimos 5 años ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades: hernia discal, alteraciones de la columna, síndrome del túnel carpiano o lumbago?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
14.	¿En los últimos 15 años ha sufrido o ha estado en tratamiento por cáncer o tumores tales como: leucemia, linfoma, tumores cerebrales, tumores neuroendocrinos, mieloma múltiple, amiloidosis primaria o cáncer de piel (con exclusión de cáncer basocelular de piel, tratado y sin secuelas)?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
15.	¿En los últimos 5 años ha sufrido de enfermedades o afecciones psiquiátricas o psicológicas tales como depresión, ansiedad, esquizofrenia o psicosis, síndrome mental orgánico o adicciones a sustancias psicoactivas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
16.	¿Le han diagnosticado VIH positivo o ha sufrido de SIDA?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
17.	¿En los últimos 5 años ha sufrido de diabetes o gota?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No





Número de declaración electrónica : 29763916534

Fecha : 02 de Diciembre de 2021

Número Documento : CC-92500936

Nombre : ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

Edad: 59 Años

Producto: 764 - Bienestar Familias

18. ¿Ha sufrido de enfermedad de las válvulas del corazón, enfermedad de las arterias coronarias, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, aneurisma aórtico, aneurisma cerebral, aneurismas arteriales, tromboembolismo pulmonar, o trombosis venosa profunda?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
19. ¿En los últimos 5 años ha sufrido de arritmia cardiaca o insuficiencia venosa?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
20. ¿En su familia en primer grado han sufrido de corea de huntington, retinitis pigmentaria o distrofia muscular?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
21. ¿En los últimos 3 meses le han realizado cirugías bajo anestesia general?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
22. ¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad o sufre de alguna enfermedad crónica o se encuentra en estudio médico por otras afecciones de su estado de salud diferentes a las mencionadas antes?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
23. ¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
24. ¿Ha contraído el coronavirus, o le han diagnosticado covid 19, o está en aislamiento sanitario por sospecha de contagio por covid 19?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No



Numero de declaración electrónica : 29782105075

Fecha : 30 de Enero de 2023

Número Documento : CC-92500936

Nombre : ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

IMPORTANTE: 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; ESTA SITUACIÓN DA DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS A OBJETAR CUALQUIER POSTERIOR RECLAMACIÓN POR OMISIÓN DE INFORMACIÓN EXISTENTE CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO. (CÓDIGO DE COMERCIO, ARTÍCULO 1058)

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
2. ¿Usted ha sido sindicado, indiciado, denunciante, víctima o condenado por algún proceso penal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Usted ha sido secuestrado y/o extorsionado?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
4. ¿Usted ha recibido amenazas de secuestro o muerte?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
5. ¿Ha cambiado o le han aconsejado cambiar de ocupación o residencia por motivos de salud?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
6. ¿Tiene o ha tenido licencia para pilotear aviones, o piensa pilotear cualquier nave de clase aérea? (En caso afirmativo, diligenciar forma VI-044)	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
7. ¿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
8. ¿Le ha sido expedido con recargo en la prima algún seguro de vida, accidentes o salud?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
9. ¿Es usted zurdo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
10. ¿Utiliza como medio de transporte, como conductor y/o como pasajero, motocicleta?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No





Numero de declaración electrónica : 29782105075

Fecha : 30 de Enero de 2023

Número Documento : CC-92500936

Nombre : ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

11. ¿Ha recibido alguna indemnización por algún seguro de vida o sus anexos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
12. ¿Tiene seguros de vida con alguna otra compañía?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
13. ¿Presentó o presenta en la actualidad limitaciones físicas anatómicas o funcionales?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

INFORMACION MEDICA

1. ¿Sufre usted de enfermedades crónicas del corazón, de los pulmones, Cáncer, diabetes o recibe tratamiento con inmunosupresores?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
2. ¿Ha contraído usted el coronavirus o está en aislamiento sanitario debido a sospecha de contagio con el coronavirus?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
3. ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina tos o dolor de garganta junto con fiebre?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
4. ¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	78
5. ¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	170
6. ¿Ha viajado durante los últimos 14 días al exterior o tiene planificado algún viaje al exterior?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
7. ¿Le han diagnosticado Hipertensión arterial?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
8. ¿Está en tratamiento con medicamentos?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
9. ¿En alguna ocasión ha estado en urgencias por hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
10. ¿Le han practicado un electrocardiograma?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No





Numero de declaración electrónica : 29782105075

Fecha : 30 de Enero de 2023

Número Documento : CC-92500936

Nombre : ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

11. ¿Le han informado que el resultado es normal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
12. Contrato enfermedades graves	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
13. Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
14. ¿Ha salido POSITIVA alguna prueba de VIH que le hayan practicado?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
15. ¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
16. ¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo o alucinógenos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
17. ¿Ha fumado alguna vez?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
18. ¿En los últimos dos años ha consumido alucinógenos o sustancias psicoactivas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
19. ¿Le han practicado alguna cirugía?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
20. ¿Tiene alguna cirugía programada?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
21. ¿Sus padres y/o hermanos antes de los 60 años han sufrido o sufrieron de cáncer, enfermedad coronaria (infarto), diabetes, trombosis o derrame cerebral?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
22. ¿Ha sufrido un Accidente Cerebro vascular?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
23. ¿Le han diagnosticado epilepsia?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
24. ¿Ha sufrido alguna fractura?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421





Numero de declaración electrónica : 29782105075

Fecha : 30 de Enero de 2023

Número Documento : CC-92500936

Nombre : ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

