

RAMO: ☐ VIDA ☐ SALUD ☐ AUTOMÓVIL  
☐ HOGAR ☐ VIDA GRUPO ☐ PYMES

Tomador ☐  
Asegurado ☐

NÚMERO DE PÓLIZA:

Fecha de diligenciamiento

D	M	A
---	---	---

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 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 # \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_.  
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. 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 \_\_\_\_\_ 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, entendiendo 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 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

Nombre del cliente

C.C./ NIT

Firma del cliente

Huella

**(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.

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.

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](http://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.

**(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.; Correo 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.

Nombre del cliente C.C./ NIT 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
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina
Concepto general del cliente:			

Firma del responsable de la entrevista

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?              Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
Observaciones:		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> <div>Nombre del responsable de la verificación</div> <div>Código</div> <div>Cédula</div> </div>		
Cargo		Localidad