

TÉRMINOS Y CONDICIONES

SEGURO VIDA ON LINE

DECLARACIONES Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. Conozco y doy fe que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad es verídico y que tengo el conocimiento de que esta solicitud formará parte integral del contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co). La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del C. Co).

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.

2. Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y deberes como asegurado; las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, periodo de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otras; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro; los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo (art. 1058 Código de Comercio); las consecuencias de la mora en el pago de la prima. He comprendido la información que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas, y que en caso de requerir más información puedo consultar la página web www.segurosbolivar.com o a través de su línea de atención telefónica #322

AUTORIZACIONES

3. AUTORIZACIÓN AL BANCO DAVIVIENDA: Autorizo al Banco Davivienda S.A., en caso de ser aceptado el seguro, para que de acuerdo con mi edad y según la periodicidad de pago señalada en esta solicitud, haga el cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito citada, según la tabla de primas. Para tal fin, me obligo a mantener disponibles, en dicha cuenta, los fondos suficientes para cubrir el importe de la prima.

4. AUTORIZACIÓN PARA HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

5. AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar para que trate 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 de los productos y/o recibir los servicios

correspondientes, para las siguientes finalidades: 5.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 5.2. Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 5.3. 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.

6. GRUPO BOLÍVAR: Conozco que Compañía de Seguros Bolívar hace 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

7. 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, así como, a presentar peticiones, quejas y reclamos. 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

8. Como beneficio para garantizar la continuidad de la protección del seguro, autorizo a que la póliza se renueve de forma sucesiva por un periodo igual al establecido en la presente solicitud, sin perjuicio de la facultad que le asiste al tomador y/o asegurado de dar por terminado el contrato o de manifestar su decisión de no renovarlo.