

NÚMERO DE PÓLIZA:

Tomador

Asegurado

Fecha de diligenciamiento

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

RAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL HOGAR

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, identificado con No. _____ de _____, ante Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., (en adelante LAS COMPAÑÍAS), declaro que: Acepto que la Modificación a 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 no tendrá ninguna modificación en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo cuya modificación se solicita, y este haya sido aceptado por LAS COMPAÑÍAS, momento en el cual iniciará la vigencia de la modificación de la póliza. Esta información forma parte integral del contrato de seguro. Conozco y doy fe que este documento servirá como base para el análisis de aceptación de las modificaciones solicitadas, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y, en el momento de una indemnización. La información suministrada por mí, vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente, es exacta, completa y verídica en la forma que aparece descrita, por lo tanto la falsedad, omisión o error en ella tendrá las consecuencias estipuladas por la ley. Además autorizo a LAS COMPAÑÍAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

Certifico que la información suministrada por mí y consignada en la Modificación electrónica # _____ es totalmente verdadera en todas sus partes y forma parte integral del contrato de seguro; igualmente autorizo expresamente a las COMPAÑÍAS para efectos de la aceptación de la modificación del riesgo o para la 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.

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.

NOTA: 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, igualmente declaro haber sido informado sobre las condiciones generales del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras.

FIRMA CLIENTE: _____

NOMBRE: _____

No. IDENTIFICACIÓN: _____



HUELLA INDICE DERECHO