



Bogotá D.C 8 de noviembre de 2024

**Señores**

**ATD LTDA.**

**Atn. Sra. Idaly Perdomo**

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	OLIVERIO RIVERA GUTIERREZ
		CEDULA CIUDADANIA	:	17141823
		RECLAMO	:	10200000493
		CONSECUTIVO	:	OIV-118742-1

Solicitamos a ustedes realizar:

<input checked="" type="checkbox"/>	INVESTIGACION COMPLETA
<input type="checkbox"/>	INVESTIGAR HISTORIA
<input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES PENALES
<input type="checkbox"/>	VERIFICACIÓN CALIFICACION
<input type="checkbox"/>	RENUNCIA PROTOCOLARIA

Para efecto adjuntamos:

<input type="checkbox"/>	FOTOCOPIA DE LA POLIZA
<input type="checkbox"/>	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION
<input type="checkbox"/>	FORMULARIO DECLARACIÓN DEL MÉDICO
<input checked="" type="checkbox"/>	OTROS

OBSERVACIONES:

EL PLAZO MAXIMO DE ENTREGA DEL INFORME SOLICITADO 20 DE NOVIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida

REPÚBLICA DE COLOMBIA

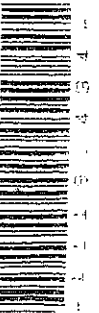


ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

11191434



Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaria	<input checked="" type="checkbox"/>	Consulado		Corregimiento		Insp. de Policía		Código	A	I	F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía													
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 38 BOGOTA DC * * * * *													

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos													
RIVERA GUTIERREZ OLIVERIO * * * * *													
Documento de identificación (Clase y número)										Sexo (en Letras)			
CC No. 17141823 * * * * *										MASCULINO * * * * *			

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía																	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *																	
Fecha de la defunción						Hora		Número de certificado de defunción									
Año	2	0	2	4	Mes	J	U	N	Día	2	1			24065420603284	* * * * *		
Presunción de muerte																	
Juzgado que profiere la sentencia										Fecha de la sentencia							
* * * * *										Año				Mes		Día	
Documento presentado										Nombre y cargo del funcionario							
Autorización judicial <input checked="" type="checkbox"/> Certificado Médico <input type="checkbox"/>										MARIA TERESA LOPEZ LOZANO - FISCAL							
										213 LOCAL * * * * *							

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos													
MARTINEZ BELTRAN JUAN ANDRES * * * * *													
Documentos de Identificación (Clase y número)										Firma			
CC No. 1011083762 * * * * *													

Primer testigo

Apellidos y nombres completos													
* * * * *													
Documentos de Identificación (Clase y número)										Firma			
* * * * *										* * * * *			

Segundo testigo

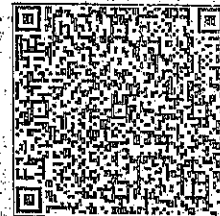
Apellidos y nombres completos													
* * * * *													
Documentos de Identificación (Clase y número)										Firma			
* * * * *										* * * * *			

Fecha de inscripción						Nombre y firma del funcionario que autoriza											
Año	2	0	2	4	Mes	J	U	N	Día	2	7						
RODOLFO REY BERNUDEZ																	

OTRO:AJ - OFICIO NO. 20330154 DE BOGOTA 25 DE JUNIO DE 2024; 27/06/2024													

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24065420603284

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

2504-24

I. INFORMACIÓN GENERAL			
LUGAR DE LA DEFUNCIÓN Departamento <b>BOGOTÁ, D.C.</b>		Municipio <b>BOGOTÁ, D.C.</b>	
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Área <b>Cabecera Municipal</b>		Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserio)	
TIPO DE DEFUNCIÓN <b>No fetal</b>	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>2024-06-21</b>	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <b>(Sin establecer)</b>	
SEXO DEL FALLECIDO <b>Masculino</b>	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento <b>Cédula de ciudadanía</b>		Número de documento <b>17141823</b>
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido <b>RIVERA</b>	Segundo apellido <b>GUTIÉRREZ</b>	Primer nombre <b>OLIVÉRIO</b>	Segundo nombre
PROBABLE MANERA DE MUERTE <b>Natural</b>	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIÓ COMO Pertenencia étnica <b>Ninguno de los anteriores</b> ¿A cuál pueblo indígena pertenece?		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN			
IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR Tipo de documento <b>Cédula de ciudadanía</b>		Número de documento <b>52448543</b>	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido <b>PRIETO</b>	Segundo apellido <b>PEREZ</b>	Primer nombre <b>ROCIO</b>	Segundo nombre <b>PAOLA</b>
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN <b>Médico</b>		REGISTRO PROFESIONAL <b>52448543</b>	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento <b>BOGOTÁ, D.C.</b>		Municipio <b>BOGOTÁ, D.C.</b>	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día <b>2024-06-25</b>		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN 	

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.141.823

RIVERA GUTIERREZ

APELLIDOS

OLIVERIO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1945

BOGOTA D.C.  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

30-MAR-1967 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00180753-M-0017141823-20090925

0016534923A 1

1510317407

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES  
PARA CRÉDITO DE CONSUMO Y COMERCIAL

INGRESO ☐ MODIFICACIÓN ☐

Tomador	NIT	Póliza No.
BANCO UNIÓN S.A.	860.006.797-9	

Con la presente, manifiesto mi voluntad de ser incluido como asegurado en la póliza colectiva de seguro de BANCO UNIÓN S.A. en consecuencia, de ello, suministré los siguientes datos:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y apellidos		Tipo de documento		No.	
Oliverio Rivera Gutierrez		C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		17141823	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Sexo	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estado civil
24/08/1945	Bogotá	M	1.50	47	Unión libre
Teléfono fijo	Número de celular	Correo electrónico			
	310578728	Oliverio1di@gmail.com			
Dirección de la residencia		Ciudad	Departamento		
915 # 71 B-40		Bogotá	Cundinamarca		
Ocupación	Valor asegurado solicitado	Línea de crédito			
Pension - Vejez	17.100.000	LIBRANZA CUPO			

BENEFICIARIO ONEROSO

Nombre	Límite de valor asegurado
BANCO UNIÓN S.A.	Hasta el 100% del saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro

Nota: en el evento de siniestro, BANCO UNIÓN S.A. adquiere en todos los casos la calidad de primer beneficiario a título oneroso. Si llegare a existir remanente, este será entregado a los beneficiarios que se encuentran descritos a continuación:

BENEFICIARIOS GRATUITOS

Nombres y Apellidos	Parentesco	%

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

IMPORTANTE: Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.

¿Ha sufrido o padece alguna enfermedad?

SÍ ☐ NO ☒

En caso afirmativo, marque con una X si ha padecido alguna de las siguientes enfermedades relacionadas, de lo contrario, diligencie la enfermedad en el campo "¿Otra enfermedad? / ¿Cuál?":

<b>RENALES</b> Insuficiencia renal, cálculos, cirugías renales.	<input type="checkbox"/>	<b>DIABETES</b>	<input type="checkbox"/>
<b>MENTALES</b> Neurosis, ansiedad, depresión, demencia, síndrome mental orgánico, delirium tremens.	<input type="checkbox"/>	<b>CARDIOVASCULARES</b> Hipertensión, enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, taquicardias y/o arritmias, bloqueos, cirugía de corazón.	<input type="checkbox"/>
<b>PULMONARES</b> Asma, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva, amigdalectomía (operación de las amígdalas).	<input type="checkbox"/>	<b>SEPTORRINOPLASTIA Y TURBINECTOMIA</b> Operación de nariz (tabique y cornetes), apendicectomía, colecistectomía (operación de la vesícula biliar), hemorroidectomía (cirugía de hemorroides).	<input type="checkbox"/>
<b>ENFERMEDADES HEPÁTICAS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS</b>	<input type="checkbox"/>
Cesáreas, legrados uterinos, pomey (ligadura de trompas), herniografías inguinales y umbilicales (operación de hernias abdominales), queratotomías radiales (corrección agudeza visual), miopía, astigmatismo (defecto visual).	<input type="checkbox"/>	Lipomas (tumores benignos de grasa), vasectomía (planificación masculina), cirugía de la vesícula por cálculos biliares, mamoplastias (cirugía plástica de los senos), plásticas (cirugías plásticas).	<input type="checkbox"/>
<b>PATOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>INFECCIÓN POR VIH</b>	<input type="checkbox"/>
¿Otra enfermedad? / ¿Cuál?:			



# SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES PARA CRÉDITO DE CONSUMO Y COMERCIAL

1. Como asegurado garantizo que en este momento de ingreso a la póliza colectiva, me encuentro en buen estado de salud y que no padezco cáncer, cirrosis, hepatitis B, hipertensión arterial, diabetes, SIDA, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, afecciones cardíacas, insuficiencia renal, accidentes cardiovasculares y en general ninguna enfermedad grave o crónica y que de igual forma no tengo pérdida de capacidad laboral permanente, que no me ha sido declarada pérdida de capacidad laboral permanente en ningún porcentaje, y que no estoy tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad permanente.
2. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar al tomador y a la Aseguradora mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.
3. Autorizo a BANCO UNIÓN S.A. en su calidad de beneficiario de la póliza de seguro o a quien este designe, para que en caso de fallecimiento pueda solicitar ANTE LAS ENTIDADES CORRESPONDIENTES LOS DOCUMENTOS QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO, TALES COMO de la historia clínica o el formulario del DANE, con el único propósito de agilizar el trámite de reclamación ante la Aseguradora para el pago del seguro de vida deudor.
4. Declaro que mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento, que el presente certificado individual de seguro, se expide en consideración de la veracidad de estas declaraciones hechas en el momento de la solicitud del seguro: que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, esta queda viciada de nulidad (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio) y que la Aseguradora se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de producirse el siniestro, se compruebe que estas declaraciones no son verídicas.

## SEGURO VOLUNTARIO

Igualmente acepto que al tiempo con dicho crédito tomé el siguiente seguro de forma voluntaria:

Seguro de vida según los planes comerciales por BANCO UNIÓN S.A. por un valor máximo asegurado de hasta 50 millones.

Acepto: SI ☐ NO ☒

Las condiciones de los seguros comercializados por BANCO UNIÓN S.A. podrán ser consultadas en la página <https://www.bancounion.com>

## ADMINISTRACIÓN DE DATOS

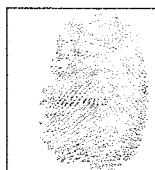
Declaro que toda información que he suministrado y suministraré a la Aseguradora y/o BANCO UNIÓN S.A. a través de cualquier medio, es veraz, actual, completa, exacta y pertinente. La Aseguradora y/o BANCO UNIÓN S.A. me han informado: 1. Que su Política de Privacidad y tratamiento de datos personales se encuentran en la página <https://www.segurosbolivar.com/> y página Banco Unión S.A. <https://www.bancounion.com/wps/portal/bancounion/web/Atencionconsumidor/educacion-financiera>; 2. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de menores y datos sensibles, en consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 3. Que como titular de la información me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. Autorizo libremente y de manera expresa a Aseguradora y/o BANCO UNIÓN S.A. su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos para que directamente o a través de terceros lleve a cabo todas las actividades necesarias para: I) Estudiar y atender la(s) solicitudes de servicios solicitados por mí en cualquier tiempo. II) Ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios. III) Prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitudes pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable. IV) Ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios financieros, comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros, V) Atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables. Lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes. En consecuencia, para las finalidades descritas, Aseguradora y/o BANCO UNIÓN S.A. podrá: A. Conocer, almacenar y procesar toda la información suministrada por mí en una o varias bases de datos, en el formato que estime más conveniente. B. Ordenar, catalogar, clasificar, dividir o separar la información suministrada por mí. C. Verificar, corroborar, comprobar, validar, investigar o comparar la información suministrada por mí, con cualquier información de que disponga legítimamente, incluyendo aquella conocida por sus matrices, subordinadas, afiliadas o cualquier compañía del Grupo Acceda, consulte, compare y evalúe toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que, como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. E. Analice, procese, evalúe, trate o compare la información suministrada por mí. A los datos resultantes de análisis, procesamiento, evaluaciones, tratamientos y comparaciones, les serán aplicables las mismas autorizaciones que otorgó en este documento para la información suministrada por mí. F. Estudie, analice, personalice y utilice la información suministrada por mí para el seguimiento, desarrollo y/o mejoramiento, tanto individual como general, de condiciones de servicio, administración, seguridad o atención, así como para la implementación de planes de mercadeo, campañas, beneficios especiales y promociones. Aseguradora podrá compartir con sus accionistas y con las compañías controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, o con los aliados de negocios que se sometan a las condiciones de la presente autorización los resultados de los mencionados estudios, análisis, personalizaciones y usos, así como toda la información y datos personales suministrados por mí. G. Reporte, comunique o permita el acceso a la información suministrada por mí o aquella de que disponga sobre mí. a) A las centrales de riesgo crediticio, financiero, comercial o de servicios legítimamente constituidas, o a otras entidades financieras, de acuerdo con las normas aplicables. b) A los terceros que, en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, de servicios tecnológicos, logísticos, de cobranza, de seguridad o de apoyo general puedan tener acceso a la información suministrada por mí. c) A las personas naturales o jurídicas accionistas de Aseguradora y a las sociedades controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial. d) A las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación. e) A toda otra persona natural o jurídica a quien EL CLIENTE autorice expresamente. H. EL CLIENTE tendrá el deber de informar cualquier modificación, cambio o actualización necesaria y será responsable de las consecuencias de no haber advertido oportuna e integralmente sobre cualquier modificación, cambio o actualización necesaria. EL CLIENTE declara haber leído el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiende sus alcances e implicaciones. Manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad la presente solicitud y las condiciones particulares de la póliza Vida Grupo Deudor a la cual accedo como asegurado de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes.

Se firma el presente documento en la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes de Mayo de 2023

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO. ABSTENERSE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO REGISTRADO EN EL MISMO Y SOLICITE MAYOR INFORMACIÓN LLAMANDO DESDE CELULAR AL #322, DESDE FIJO EN BOGOTÁ AL 601 3121222 O A LA LÍNEA 018000123322 PARA LLAMADAS DESDE FUERA DE BOGOTÁ.

Firma del asegurado

C.C. No. 17141823



Huella dactilar  
(Índice derecho)

La Aseguradora se reserva los derechos de solicitar requisitos médicos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar cualquier solicitud que no esté de acuerdo con sus normas de selección, o aceptarla en condiciones más onerosas.

**NOTA 1:** BANCO UNIÓN S.A., toma la póliza por cuenta de los deudores y solo será válida si el crédito es aprobado y desembolsado, lo cual no impide que el (los) deudor(es) pueda(n) contratar la cobertura con otra aseguradora, la cual será aceptada por BANCO UNIÓN S.A., si contiene entre otros, los mismos términos, condiciones y cubrimientos de la póliza aquí mencionada.

**NOTA 2:** Los términos y condiciones aplicables a este seguro están determinados por la Compañía de Seguros respectiva y se encuentran contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza. El cumplimiento del contrato de seguro es responsabilidad directa de la aseguradora.

**NOTA 3:** BANCO UNIÓN S.A. no es Compañía de Seguros ni Corredor de Seguros.