



Bogotá D.C 6 de noviembre de 2024

Señores

ATD LTDA.

Atn. Sra. Idaly Perdomo

Ciudad.

Referencia	:	INVESTIGACION	:	GRUPO
		ASEGURADO	:	RICARDO GARZON GARCIA
		CEDULA CIUDADANIA	:	80466392
		RECLAMO	:	0
		CONSECUTIVO	:	OIV-123680-1

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 18 DE NOVIEMBRE 2024

Agradecemos su colaboración.

Asistente de Siniestros

COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

Departamento Nacional de Indemnizaciones de Vida

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

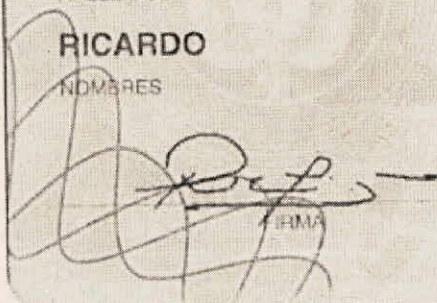
NUMERO 80.466.392

GARZON GARCIA

APELLIDOS

RICARDO

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1973

VILLAPINZON
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

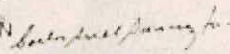
G.S. RH

M

SEXO

10-MAY-1991 VILLAPINZON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00152300-M-0080466392-20090309

0010272777A 2

1610030890



La salud
es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24103220697441

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.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN		Municipio	
Departamento		BOGOTÁ, D.C.	
BOGOTÁ, D.C.			
ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserio)	
Área			
Cabecera Municipal			
TIPO DE DEFUNCIÓN	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
No fetal	2024-10-13	00:16:00	
SEXO DEL FALLECIDO	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	Número de documento	
Masculino	Tipo de documento	80466392	
	Cédula de ciudadanía		
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
GARZON	GARCIA	RICARDO	
PROBABLE MANERA DE MUERTE	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO		
Natural	Pertenencia étnica		
	Ninguno de los anteriores		
	¿A cuál pueblo indígena pertenece?		

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR		Número de documento	
Tipo de documento		1085325364	
Cédula de ciudadanía			
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR		Segundo nombre	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	
DAVILA	RUALES	VALENTINA	
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	REGISTRO PROFESIONAL		
Médico	1085325364		
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		Municipio	
Departamento		BOGOTÁ, D.C.	
BOGOTÁ, D.C.			
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	
Año - Mes - Día			
2024-10-13		V. Davila	



SOLICITUD DE PÓLIZA HOGAR PROTECCIÓN TOTAL PÓLIZA DE
SEGURO DE HOGAR MODALIDAD RIESGOS NOMBRADOS

DATA FILE S.A.
205760068

LOS SEGUROS ENTRARÁN EN VIGENCIA CUANDO EN ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD LAS COMPAÑÍAS EXPIDAN LAS PÓLIZAS RESPECTIVAS EN DESARROLLO DE LO PREVISTO POR EL ART. 1058 DEL C.C.O., LAS COMPAÑÍAS SE RESERVAN EL DERECHO DE NO APROBAR ESTA SOLICITUD DE SEGUROS

Fecha de Solicitud	Código Oficina	Cédula Funcionario
15/08/2024	3220	52050152

DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Tipo de Identificación	No. de Identificación
Ricardo Guezo Guezo	14/01/1973	C.C. & C.E.O	80.466.392
Dirección de Correspondencia	Barrio	Ciudad	Departamento
Correop 7 N. 1-149 73 Ap 204 Con San Cipriano Cajica		Cajica	Cundinamarca
Teléfono de Contacto	Número Celular	Correo Electrónico	
3108692136	3108692136	ricgatzon73@gmail.com	

DATOS DEL INMUEBLE A ASEGURAR

Dirección del Inmueble	Barrio	Ciudad	Departamento
Correop 7 N. 1-149 73 Ap 204 Con San Cipriano Cajica		Cajica	Cundinamarca
Valor Asegurado	Tipo de Vivienda	Año de construcción del Inmueble	Asegura Contenidos
\$ 265.822.000	Casa <input type="radio"/> Apartamento <input checked="" type="radio"/>	2014	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>

NOTAS

- El valor asegurado debe corresponder al Valor Comercial del inmueble. El inmueble asegurado debe ser residencia familiar y estar dentro del perímetro urbano.
- La cobertura de contenidos corresponde al 10% del valor asegurado.
- Contenidos excluidos de asegurar: sellos, monedas, billetes, títulos valores, joyas y piedras preciosas (ver condiciones generales en el clausulado general).
- Del valor asegurado de contenidos, el 30% corresponde a equipo eléctrico y el 70% a muebles y enseres.

AUTORIZACIONES

- AUTORIZO AL BANCO DAVIVIENDA: Que en caso de existir una solicitud de crédito, y esta sea aprobada, el valor de la prima del seguro sea cargado a la cuota mensual de dicho crédito.
- Como beneficiario para garantizar la continuidad del seguro, autorizo a que la póliza se renueve de forma sucesiva, sin perjuicio de la facultad que me asiste al tomador de dar por terminado el contrato de no renovarlo, de acuerdo a lo descrito en el clausulado respectivo.
- AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. y a ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. 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: 3.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 3.2 Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscritos(s). 3.3. 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. 3.4. 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. Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI ☒ NO ☐ La recordamos que las finalidades del Núm. 3.1. son necesarias para el desarrollo del contrato.
- 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 ☒
- 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. 88B-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 15 de agosto del año 2024.

Declaro que he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada por el asesor, 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 RED 322

Con mi firma en esta solicitud, manifiesto que he comprendido la información del seguro en cuanto a amparos, exclusiones y garantías que me ha sido suministrada por el asesor, 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 RED 322. Así mismo, se me ha informado sobre la necesidad de declarar sinceramente el estado del riesgo y las consecuencias legales de una declaración reticente y/o inexacta.

Firma del Solicitante:

Identificación No. 80466392



SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A. Y COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. ASUMEN EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PRESENTE CONTRATO FRENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

Fecha de Solicitud	Código Oficina	Cédula Funcionario	Correo electrónico del funcionario que gestiona
015 08 2024	3223	32050132	lguamone@elavivienda.com
Nombres y Apellidos del Solicitante		Tipo de Identificación	No. de Identificación Fecha de Nacimiento
Ricardo González Górciz		C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	80.466392 04/01/1993
Peso (kg)	Estatura (mts)	Medicina Propagada	EPS
60	1.74		COMPENSAR EPS3108692136
Teléfono Celular			
Correo Electrónico			
ricg0120973@gmail.com			
Amparos Solicitados	Incremento	Línea de Crédito	Valor del Crédito/Seguro solicitado
• Vida • Incapacidad total y permanente	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Leasing	\$ 125.000.000
Beneficiarios - Nombre o Razón Social		Parentesco	Calidad
BANCO DAVIVIENDA			ONEROSO
			Saldo insoluto de la deuda

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD - IMPORTANTE

Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante. Cualquier falta a la verdad, causa la nulidad del contrato de seguro. (Art. 1058 y 1158 Código de Comercio).

Favor marcar con "x" según corresponda a sus antecedentes médicos o estado de salud actual.

Le han diagnosticado o ha sufrido de alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|--|
| 1. ¿Accidente cerebrovascular (ACV), trombosis o derrame cerebral, o sufre de artritis? | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> |
| 2. ¿Diabetes, o enfermedades cardiovasculares? | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> |
| 3. ¿Algún tipo de cáncer, leucemia o linfoma (con excepción de cáncer basocelular de piel)? | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> |
| 4. ¿HIV positivo? | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> |
| 5. ¿Depresión o ansiedad? | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> |
| 6. ¿Tiene pérdida física o funcional de alguno de sus brazos, de sus piernas, de sus ojos o de sus oídos? | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> |
| 7. ¿En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento con medicamentos, terapias o psicoterapia por más de 6 meses? | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> |
| 8. ¿Tiene COVID-19 en este momento, o cuando lo tuvo requirió hospitalización, o tiene actualmente secuelas de esta enfermedad? | SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> |

DECLARACIÓN Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

1. Lo manifestado en la declaración de asegurabilidad es verídico y tengo conocimiento de que esta solicitud formará parte integral del contrato y que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. 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 SEGUROS BOLÍVAR a asumir ningún tipo de indemnización, por eventos ocurridos antes de la fecha de expedición de la póliza, si ésta es aprobada.

2. Declaro que he sido informado sobre: mis derechos y deberes como asegurado; las condiciones de los seguros tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, valor de la prima del seguro, período de vigencia de la póliza, requisitos de asegurabilidad, entre otros; los documentos, el procedimiento y plazos simplificados para la reclamación de un siniestro; los canales para formular una petición, queja o reclamo; las consecuencias de una declaración inexacta o reticente del estado del riesgo. 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

1. AUTORIZO AL BANCO DAVIVIENDA: Para que de ser otorgado el crédito y los seguros, se carguen sobre el valor de la cuota mensual del crédito, el valor de las primas de los seguros que resulten ser aprobados.

2. 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 aun después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 2195 del Código Civil.

3. Utilización de datos personales (Ley 1581 de 2012) Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. en adelante LA COMPAÑÍA, 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 uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de la compañía, pueden revelarse datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su tratamiento.

4. Grupo Bolívar: Conozco que LA COMPAÑÍA 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.

5. 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: serviciocliente@segurosbolivar.com, serviciocliente@asistenciabolivar.com. Para ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. Correo físico: Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9 en Bogotá D.C. y correo electrónico: serviciocliente@asistenciabolivar.com.

NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ÉSTE DOCUMENTO.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Identificación No.

80.466392



Huella dactilar derecho del Asegurado