

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA ONLINE

Con el fin de contratar el Seguro de Vida declaro que:

1. No padezco ni he padecido en los últimos dos años de: cáncer, enfermedades mentales, enfermedades cardiovasculares (corazón, venas y arterias), enfermedades de la sangre, diabetes que requiere insulina para su control, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia renal, ni me encuentro en algún tratamiento de rehabilitación.

Si alguna de las circunstancias enunciadas en esta declaración no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de aceptar y solicite mayor información en cualquiera de las oficinas de Banco Davivienda S.A.

Mediante esta activación autorizo a Seguros Bolívar para:

1. Tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y obtener copia de este documento y sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento según lo dispuesto en las normas legales.
2. Mantener la cobertura ininterrumpida una vez termine la vigencia, sin perjuicio de la facultad que le asiste al Asegurado de dar por terminado el contrato o de manifestar mi decisión de no renovarlo en cualquier momento.

Documento firmado electrónicamente por:

Nombre y Apellido: _____

Tipo de identificación: _____

No ID: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de residencia: _____

Fecha: _____

Hora : _____