



M026300100000603469600099658

## ANEXO 4

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL									
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES									
PÓLIZA No. 010045									
AMPAROS: VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN Y INVALIDACIÓN									
FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL			CIUDAD			
AÑO	MES	DÍA				VIGENCIA			
TOMADOR/BENEFICIARIO			DESDE			HASTA		A LAS 24 HORAS	
BBVA COLOMBIA			AÑO MES DÍA			FIN DEL CRÉDITO			
DATOS DEL ASEGURADO									
NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT			
SOL RUISEÑOR MARTINEZ						3043631			
FECHA DE NACIMIENTO						EDAD		SEXO	
AÑO MES DÍA									
1982 01 15									
DIRECCIÓN						TELÉFONO		CIUDAD	
CRA 79A # 24A 29								BOGOTÁ DC	
PROFESIÓN						OCUPACIÓN			
COMERCIAL						COMERCIAL			
TASA		PRIMA EXTRA		Anexos (I.T.P.)		Obligación No.		Valor de la Obligación (Valor Asegurado)	
FOR MIL	%	SI	NO	SI	NO				
PRIMA ANUAL						PRIMA PERIÓDICA		VALOR PRIMA	
\$									
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD									
ESTATURA: 165 PESO: 60									
FUMAR: SI NO CUANTOS CIGARILLOS FUMA DIARIAMENTE									
HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:									
SUFRIR ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL:									
HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES TIPOS:									
TRANSFORMACIONES PRENEoplásicas O PRENEoplásicas									
PARALISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TEMBLORES, DOLOR DE CABEZA FRECUENTE O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO									
BOOZO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO									
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTAS O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA									
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIONES GASTROINTESTINALES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES PNEUMOLÓGICAS									
DOLOR EN EL PECHO, TENDÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN									
ENFERMEDADES RENALES-ORÍGENES PRÓSTATA-TESTÍCULOS									
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO									
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL PÉDICO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIABETES FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO									
ENFERMEDADES DE LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, BOCA O PROBLEMAS DE OÍDIO DE LOS SENTIDOS									
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE									
SI ES MUJER, HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN UTERO, MAMAS, OVARIOS									
HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA OPERACIÓN O HA SUFRIDO LA PRÁCTICA DE CURETAGE PARA DIAGNÓSTICO DEL SIGNO CARCINOMATOSO									
HA SUFRIDO O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE									
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:									
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>BBVA Seguros</b> </div> <div> <b>BBVA</b> </div> </div>									
<p>Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verdaderas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.</p> <p>Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.</p> <p>En desarrollo al artículo 84 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.</p> <p>Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. o a cualquiera de sus filiales, subsidiarias y subordinadas, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de asegurador y a su matriz, para consultar cualquier base de datos que contenga información sobre mis antecedentes comerciales y financieros, así como para reportar, procesar, conservar, solicitar, compartir, actualizar y divulgar dicha información a cualquier entidad nacional o extranjera que maneje bases de datos con fines estadísticos y de información comercial. Igualmente autorizo a las Empresas del Grupo BBVA para consultar, suministrar, intercambiar y/o remitirse entre ellas la información, los anexos y soportes que he suministrado con ocasión de mi relación comercial con dichas entidades o cualquier otro tipo de información sobre la transparencia y licitud de mis actividades para que analicen, evalúen y concluyan sobre hábitos, tendencias y aptitudes e, intercambien, con fines estadísticos y utilicen para encuestas, muestreos y pruebas de mercado, mi comportamiento como usuario de cualquier operación futura o pasada.</p>									
<b>DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS</b>									
<p>El asegurado designa como beneficiario principal del importe del seguro a BBVA Colombia con el fin de garantizarle el pago de la deuda contratada. Si para la fecha que se cause el seguro, la deuda a favor del Tomador se hubiera disminuido, serán beneficiarios sustitutos del seguro por el saldo de la suma asegurada:</p>									
Nombres y Apellidos			Porcentaje						
<p><b>NOTA: SI EL AMPARO AFECTADO ES INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EL BENEFICIARIO SUSTITUTO SERÁ EL ASEGURADO</b></p> <p>TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO ART. 1068 CÓDIGO DE COMERCIO.</p>									
<p>Para contestar se firma en <u>BOGOTÁ</u> a los <u>29</u> días del mes de <u>AGOSTO</u> de <u>2014</u></p>									
ASEGURADO						BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.			
<p>Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 11 Nro. 87-51 Piso 7 Tel. 2191100 Fax. 6460883 Eext. 1129, 1128, 1226, 1118</p>									
<p>ORIGINAL CLIENTE-COPIA 1 BANCO COPIA 2 ASEGURADORA</p>									