



M026300110236209509600189902

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o inutilización e Incapacidad Total Temporal, Desempleo.

|                                      |     |      |                |  |  |                                |  |  |
|--------------------------------------|-----|------|----------------|--|--|--------------------------------|--|--|
| Fecha de contabilización del crédito |     |      | Oficina        |  |  | Ciudad                         |  |  |
| Die                                  | Mes | Año  | VILLANUEVA     |  |  | VILLANUEVA                     |  |  |
| 20                                   | 08  | 2015 |                |  |  |                                |  |  |
| Tomador                              |     |      | Vigencia Desde |  |  | Vigencia Hasta                 |  |  |
| BBVA COLOMBIA S.A.                   |     |      | 20             |  |  | FIN CREDITO                    |  |  |
| NIT                                  |     |      | Mes            |  |  | Fin del crédito a las 24 horas |  |  |
| 890.003.020-1                        |     |      | 08             |  |  |                                |  |  |
|                                      |     |      | Año            |  |  |                                |  |  |
|                                      |     |      | 2015           |  |  |                                |  |  |

**DATOS DEL ASEGURADO**

|                                  |  |  |                  |  |  |                         |  |  |
|----------------------------------|--|--|------------------|--|--|-------------------------|--|--|
| Nombres y Apellidos              |  |  | Identificación   |  |  | Edad                    |  |  |
| NOE DIAZ HOLGUIN                 |  |  | 00000004077472 1 |  |  | 054                     |  |  |
| Dirección                        |  |  | Teléfono         |  |  | Ciudad                  |  |  |
| CRA 001 001 001 VEREDA LA PALMER |  |  | 311 -2642781     |  |  | GARAGOA                 |  |  |
| Fecha de Nacimiento              |  |  | Profesión        |  |  | Ocupación               |  |  |
| 05 05 1961                       |  |  | GANADERO         |  |  | SIN PROFESION ACADEMICA |  |  |

**DATOS SEGURO**

|             |              |                |                      |  |
|-------------|--------------|----------------|----------------------|--|
| Tasa        | Extra prima  | Anexos ITP/ITT | Obligación N°        | Valor de la obligación (Valor Asegurado) |
| 1.34%       |              | SI NO          | 00130950003600189902 | \$25,500,000.00                          |
| Prima Anual | \$289,175.00 | Periodicidad   | MENSUAL              | Valor prima                              |
|             |              |                |                      | \$24,098.00                              |

Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza)

|                     |            |                 |
|---------------------|------------|-----------------|
| Nombres y Apellidos | Parentesco | % Participación |
|                     |            |                 |
|                     |            |                 |
|                     |            |                 |

Todas las preguntas debe ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

**Declaración de asegurabilidad**

|  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
|--|----|------|----|------|----|------------------|----|----|
| Estatura   | cm | Peso | Kg | Fuma | SI | Cigarrillos Días | SI | NO |
| 170  |    | 72   |    |      |    |                  |    |    |
| Deportes que practica  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| ¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| ¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?   |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?   |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?                               |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Trastornos mentales o psiquiátricos  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso                                  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino   |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Enfermedades del bazo, anemia, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas    |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón   |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, lengua o problemas de órganos de los sentidos  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Cáncer o tumores de cualquier clase  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?  |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| ¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado. |    |      |    |      |    |                  |    |    |
| ¿Sufrir 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:

Problemas de tendones hace 12 años en las piernas

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. En créditos de libranza, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley. Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

En desarrollo al artículo 34 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 episódios 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 llegara a celebrarse.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

BBVA Seguros, recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercadeo, atención al cliente, y demás establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponibles en [www.bbvasseguros.com](http://www.bbvasseguros.com). El cliente imparte de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones. A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. como responsables del tratamiento, a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticos de control, supervisión, monitoreo, mercadeo y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso, el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, consultar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, tratar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, emplear, utilizar, eliminar, ofrecer, suministrar, grabar, conservar y divulgar a responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores centrales o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales legales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/o operaciones que llegue a celebrarse con el responsable del tratamiento o que llegaren a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas, y/o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre la protección de datos personales y las políticas internas del BBVA; b) transferir o transmitir, nacional o internacionalmente, y suministrar toda la información para que los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos del responsable, los encargados y demás sujetos citados igualmente, se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentra en nuestra página web.

**ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPLEO Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL**

ADICIONAL AL PAGO DEL 100% DE LAS CUOTAS DEL PRÉSTAMO ADEUDADO (HASTA 6 CUOTAS) SE PRESTARÁN LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO QUE CONSISTE EN: TENDENCIAS LABORALES, FORMACIÓN Y DESARROLLO, ASESORÍA LABORAL, ELABORACIÓN DEL CURRÍCULUM VITAE, REFERENCIACIÓN DE BOLSA DE EMPLEO, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

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 ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA ENJOIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO ART. 1066 CÓDIGO DE COMERCIO.

FAVOR VERIFICAR LAS CONDICIONES Y ASEGURARSE DE DILIGENCIAR COMPLETAMENTE EL PRESENTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMAR.

Para constancia de firma en Villanueva a los 20 días del mes de 08 de 2015.

Noe Diaz Holguin

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para reclamaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 15 # 95 - 85 Piso 5 Teléfono 2191100  
Línea Asesoría y Servicio al Cliente: Línea Nacional 0180093402 y en Bogotá 4232224  
Consumidor Financiero Carrera 9 N 72 Piso 8 en Bogotá D.C., Teléfono 3438385, e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co)  
ORIGINAL CLIENTE-COPIA 1 BANCO COPIA 2 ASEGURADORA

BBVA SEGUROS DE VIDA

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

NUMERO DE CONTRATO VINCULADO: 00130950129600189902

DATOS DEL PARTICIPE

NOMBRE: NOE DIAZ HOLGUIN  
TIPO DE PARTICIPACION: TITULAR  
ESTATURA: 170 cms. PESO: 072 kgs.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fuma Usted?: NO

PADECE O HA PADECIDO alguna de las afecciones o trastornos siguientes?:

- a) Tuberculosis, neumonía, enfisema, silicosis:\_\_\_\_\_NO  
b) Lesión o debilidad del corazón, infartos, problemas de presión arterial:\_\_\_\_\_NO  
c) Epilepsia, parálisis, enfermedad mental:\_\_\_\_\_NO  
d) Enfermedad del bazo, hígado, riñones, páncreas:\_\_\_\_\_NO  
e) Leucemia, diabetes mellitus, hepatitis B, meningitis:\_\_\_\_\_NO  
f) Sida:\_\_\_\_\_NO  
g) Cáncer, tumores malignos:\_\_\_\_\_NO  
h) Sufre usted alguna incapacidad total o parcial permanente?:\_\_\_\_\_NO

Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad que no haya sido aludida directamente en este cuestionario?:\_\_\_\_\_NO

Realiza Usted alguna de las siguientes profesiones y/o actividades peligrosas?:

Andinismo, Buceo, Automovilismo, Motociclismo, Paracaidismo, Parapente, Ala Delta, Ultraligeros, Trabajo con Explosivos, Bombero, Miembro de las Fuerzas Militares, Representante Politico, Escolta, Vigilante, Miembro de la Fiscalía, Minero, Piloto Empleado de Casino, Deportista Profesional, u otras profesiones riesgosas:\_\_\_\_\_NO

*Noe Diaz Holguin*  
FIRMA DEL PARTICIPE: NOE DIAZ HOLGUIN  
*4077 472*