



M026300000000601379600167680

**SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVI  
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES**

**PÓLIZA No. 0110043**

AMPAROS: VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL		CIUDAD	
AÑO	MES	DÍA	COLSEGUROS		BOGOTÁ DC	
2013	10	25	VIGENCIA			
TOMADOR BENEFICIARIO BBVA COLOMBIA			NIT 860.003.020-1		A LAS 24 HORAS	
			DESDE		HASTA	
			AÑO 2013 MES 10 DÍA 25		FIN CRÉDITO	

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRES Y APELLIDOS ANA GRACIELA TORRES MORENO				IDENTIFICACIÓN C.C O NIT 000000051944499 1	
FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES	DÍA	EDAD
		1969	05	19	044
DIRECCIÓN			TELÉFONO		SEXO
CRA CARRERA 108 081 044			000091-4420298		F
PROFESIÓN			CIUDAD		
BOGOTÁ					
ANALISTA DE OFICINA			OCUPACIÓN		
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS					
TASA	PRIMA	ANEXOS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.	Valor de la Obligación (Valor Asegurado)
5.772	EXTRA				
		Si	No		
POR MIL	%			00130137009600167680	\$142,000,000.0
PRIMA ANUAL			PRIMA PERIÓDICA		
			PERIODICIDAD	VALOR PRIMA	
			MENSUAL	\$68,310.00	

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

(TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO EN FORMA CLARA, SIN USAR RAYAS NI COMILLAS)

ESTATURA: 1.55 Cms. PESO 56 Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA  
FUMA? SI NO CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE

	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	X	
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		
TRANSTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		X
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		X
OCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		X
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		X
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	X	
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS		X
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		X
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, NÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	X	
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		X
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		X
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?		X
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA?		X
Caso positivo indique el resultado.		X
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		X

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:

Operación de Histerectomía Total - Hipertensión -  
2 Años

## hoja 2 anexo 1

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

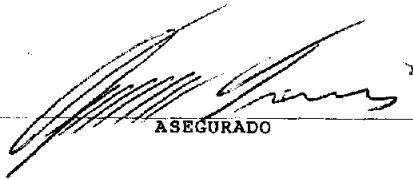
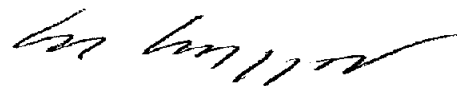
Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

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 epicrisis 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.

"Autorizo de manera permanente e irrevocable a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a sus filiales, subsidiarias y subordinadas que existan o que se constituyan en el futuro, a su matriz y a las filiales, subsidiarias y subordinadas de la matriz que existan o que se constituyan en el futuro o a quien represente sus derechos para consultar cualquier base de datos que contenga información sobre mis antecedentes comerciales y financieros, así como reportar, procesar, conservar, solicitar, compartir, actualizar y divulgar dicha información con fines estadísticos, de control, supervisión, encuestas, muestreos, pruebas de mercadeo y de información comercial. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y/o cualquiera de las entidades arriba citadas quedan autorizadas para suministrar información a sus filiales, subsidiarias y vinculadas; a su casa matriz, así como a las filiales, subsidiarias y vinculadas de ésta, en Colombia o en el exterior, contratistas y/o terceras personas con las cuales BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. establezca relaciones comerciales o contractuales, siempre que tales compañías almacenen, archiven, utilicen y guarden la confidencialidad de la información de acuerdo con las políticas internas de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA y de la ley."

"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 EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO" ART. 1068 CÓDIGO DE COMERCIO.

Para constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

  
ASEGURADO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 11 Nro. 87-51 Piso 6  
Tel. 2191100 Fax. 6406883 Exts. 1139, 1126, 1226, 1118

ORIGINAL CLIENTE - COPIA 1 BANCO - COPIA 2 ASEGURADORA

BBVA SEGUROS DE VIDA

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

NUMERO DE CONTRATO VINCULADO: 00130137359600167680

DATOS DEL PARTICIPE

NOMBRE: ANA GRACIELA TORRES MORENO  
TIPO DE PARTICIPACION: TITULAR

ESTATURA: 155 cms. PESO: 060 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
- 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 Político, Escolta, Vigilante, Miembro de la Fiscalía, Minero, Piloto Empleado de Casino, Deportista Profesional, u otras profesiones riesgosas:\_\_\_\_\_NO

DEL PARTICIPE: ANA GRACIELA TORRES MORENO