

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL

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		BOGOTA DC	
2013	10	25	VIGENCIA			
TOMADOR BENEFICIARIO BBVA COLOMBIA		NIT 860.003.020-1	DESDE		HASTA	A LAS 24 HORAS
			AÑO 2013	MES 10	DÍA 25	FIN CREDITO

DATOS DEL ASEGURADO				
NOMBRES Y APELLIDOS ANA GRACIELA TORRES MORENO				IDENTIFICACIÓN C.C O NIT 000000051944499 1
FECHA DE NACIMIENTO	AÑO 1969	MES 05	DÍA 19	EDAD 044
DIRECCIÓN CRA CARRERA 108 081 044			TELÉFONO 000091-4420298	SEXO F
PROFESIÓN ANALISTA DE OFICINA			OCUPACIÓN ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	
TASA 5.772	PRIMA EXTRA	ANEXOS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.
POR MIL	%	Si	No	Valor de la Obligación (Valor Asegurado)
PRIMA ANUAL		PRIMA PERIODICA		
\$819,723.00		PERIODICIDAD MENSUAL	VALOR PRIMA \$68,310.00	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

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

ESTATURA:	Cms. PESO	Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA
FUMA?	SI NO CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE	
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	SI	NO
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		
TRANSTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS 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, ANEMIAS, 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, RONQUERA 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.		
¿SUFRE 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:		

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.

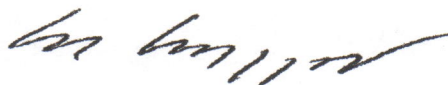
Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

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

