



M026300110236206559600200459

Atención: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización e Incapacidad Total Temporal, Desempleo.

Fecha de contabilización del crédito, Oficina (PARQUE NARINDO), Ciudad (PASTO), Tomador (BBVA COLOMBIA S.A.), Vigencia Desde (30/12/2014), Vigencia Hasta (FIN CREDITO), Fin del crédito a las 24 horas.

DATOS DEL ASEGURADO: Nombre y Apellidos (NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ), Identificación (00000013008433 1), Sexo (M), Dirección (OTR 000 000 000 MAZ E CASA 4 B/), Teléfono (000318-7877534), Ciudad (PASTO), Fecha de Nacimiento (08/05/1964), Profesión (ADMINISTRADOR DE EMPRESAS), Ocupación (ADMINISTRADOR DE EMPRESAS).

DATOS SEGURO: Tasa (15.049), Extra prima (SI), Anexos ITP/ITT (NO), Obligación N° (01130655002800200459), Valor de la obligación (Valor Asegurado) (\$120.000.000.00), Prima Anual (\$1.805.952.00), Periodicidad (MENSUAL), Valor prima (\$150.498.00).

Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza), Nombres y Apellidos, Parámetros, % Participación.

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

Declaración de asegurabilidad: Estatura (167 cm), Peso (75 Kg), Fuma (SI), Clavillos Diarios (NO). Preguntas de salud: ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?, ¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?, etc.

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verdicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticancia 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.

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.

ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPEÑO Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL.

ADICIONAL AL PAGO DEL 100% DE LAS CUOTAS DEL PRÉSTAMO ADEUDADO (HASTA 9 CUOTAS) SE PRESTARÁN LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA COBERTURA DE DESEMPEÑO 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 EXPIDIAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y GARANTIZA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO ART. 1058 CÓDIGO DE COMERCIO.

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

Para constancia se firma en Pasto a los 20 días del mes de Diciembre de 2014. Firma del asegurado y huella dactilar.

BBVA SEGUROS DE VIDA

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

NUMERO DE CONTRATO VINCULADO: 00130655349600200459

DATOS DEL PARTICIPE

NOMBRE: NELSON ARMANDO VALLEJO VELAS

TIPO DE PARTICIPACION: TITULAR

ESTATURA: 167 cms. PESO: 075 kgs.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fuma Usted?: NO

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

a) Tuberculosis, neumonia, 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 Político, Escolta, Vigilante, Miembro de la Fiscalía, Minero, Piloto Empleado de Casino, Deportista Profesional, u otras profesiones riesgosas: \_\_\_\_\_ NO

FIRMA DEL PARTICIPE: NELSON ARMANDO VALLEJO VELAS

13006433