**BBVA Seguros**
NIT. 800.226.098-4

**BBVA**
NIT. 860.003.020-1

# Solicitud/ Certificado Individual
# Seguro de Vida Grupo Deudores Póliza No. 0110043

Amparos: **Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización**

[illegible]

**Nombres y Apellidos:** [illegible handwriting] — **Identificación:** 8763[illegible] — **Edad:** 58

**Dirección:** [illegible handwriting] — **Teléfono:** [illegible] — **Ciudad:** Santa Marta

**Fecha de nacimiento:** [illegible handwriting] — **Sexo:** X — **Ocupación/profesión:** [illegible handwriting]

| Tasa | Extra Prima | Anualidad | Valor Asegurado |
| --- | --- | --- | --- |
| | | | |

| Prima Mensual | Periodicidad | Vr. Prima Total |
| --- | --- | --- |
| | | |

**Beneficiarios**

| Nombre e identificación | Parentesco | % participación |
| --- | --- | --- |
| | | |

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

Estatura: 1.80 — Peso: 82 — Fuma: X — [illegible]: ninguno

Deportes que practica: caminata.

| Pregunta | |
| --- | --- |
| ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? | ✓ |
| ¿SUFRE 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, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMATOLÓGICO 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, CEGUERA 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 VIH? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO | ✓ |
| ¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE? | ✓ |

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO ONEROSO [illegible] LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY. [illegible]

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.A. [illegible]

Armando Molina
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

[illegible]

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Santa Marta, 24 de 01 de 2019

Armando Molina
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**FIRMA AUTORIZADA**
**BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.**
**NIT. 800 226 098-4**

[illegible]

[illegible]

[illegible]