

BBVA

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 0110043
Declaración de asegurabilidad

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236206559600200459

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

Fecha de contabilización del crédito			Oficina			Ciudad		
Día	Mes	Año	PARQUE NARINO			PASTO		
30	12	2014						
Tomador		BBVA COLOMBIA S.A.		Nº	800.803.020-1		Vigencia Desde	Fin del crédito a las 24 horas
DATOS DEL ASEGURADO								
Nombre y Apellido			Identificación			Edad		
NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ			00000013006433 1			060		
Dirección			Teléfono			Ciudad		
OTR 000 000 000 MAZ E CASA 4 B/			000318-7577534			PASTO		
Fecha de Nacimiento			Profesión			Ocupación		
Día Mes Año			ADMINISTRADOR DE EMPRESAS			ADMINISTRADOR DE EMPRESAS		
08 05 1964								
DATOS SEGURO								
Tasa			Extra prima			Anexos ITP/ITT		
15.040						SI NO		
Prima Anual			Periodicidad			Valor de la obligación (Valor Asegurado)		
\$1.805.952.00			MENSUAL			\$120.000.000.00		
Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza)			Valor prima					
			\$150.496.00					
Nombres y Apellidos			Participación			% Participación		
Todas las preguntas debe ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas								
Declaración de asegurabilidad								
Estatura			Peso			Fuma		
167 cm			75 Kg			SI NO		
Deportes que practica			Clasificación			SI NO		
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?						SI NO		
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?						SI NO		
¿Ha sido sometido a tratamiento antituberculoso o por drogadicción?						SI NO		
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?						SI NO		
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?						SI NO		
Trastornos mentales o psiquiátricos						SI NO		
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso						SI NO		
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino						SI NO		
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna						SI NO		
Enfermedades del bazo, anemia, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas						SI NO		
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón						SI NO		
Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos						SI NO		
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio						SI NO		
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diabetes frecuentes o enfermedades del sistema digestivo						SI NO		
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos						SI NO		
Cáncer o tumores de cualquier clase						SI NO		
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?						SI NO		
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.						SI NO		
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?						SI NO		
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia.								
Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verdaderas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia 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 epistola o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos asegurados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si ésta llegare 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 . 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 estadísticas de control, supervisión, muestras, 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, cifrar, 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 deriba de la relación y/u 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 o tratamiento 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 informe 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 1286 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales pueda ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentra en nuestra página web.								
ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPEÑO 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 DESEMPEÑO QUE CONSISTE EN: TENDENCIAS LABORALES, FORMACIÓN Y DESARROLLO, ASESORIA 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 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. 1058 CÓDIGO DE COMERCIO.								
FAVOR VERIFICAR LAS CONDICIONES Y ASEGURARSE DE DILIGENCIAR COMPLETAMENTE EL PRESENTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMAR.								
Para constancia se firma en <u>PASTO</u> a los <u>30</u> días mes de <u>DICIEMBRE</u> de <u>2014</u> .								
Asegurado			BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.					
13006433			Dirección para recibir los Seguros de Vida S.A. Carrera 15 # 95 - 66 Piso 5 Teléfono 2191100					
			Línea de Atención al Cliente: Línea Nacional 0180093402 y en Bogotá 4232224					
			Consumidor Financiero Carrera 9 # 727 No 8 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438365, e-mail: asesoria.bbva.com					
			ORIGINAL CLIENTE-COPIA 1 BANCO COPIA 2 ASEGURADORA					

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, 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 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