

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA
DEUDORES HIPOTECARIO Y/O LEASING HABITACIONAL PÓLIZA No. 127

Fecha de establecimiento del crédito 29/05/2019	Oficina Mohillo	Ciudad Barranquilla
Tomador/Beneficiario BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT 860.003.020-1	Vigencia desde Vigencia hasta
Datos del Asegurado		
Nombres y Apellidos Wendel Ardiela Cobo		Identificación 72490228
Edad 46		
Dirección Calle 44 # 19 - 125 Apt 204 N/A M27		Teléfono 3149800
Ciudad Barranquilla		
Fecha de nacimiento 11/20	Sexo ♂	Ocupación/Profesión Pensionado
Datos del Seguro		
Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valor Asegurado	Prima Mensual \$	Periodicidad
Vr. Prima Total \$		
Beneficiarios		
Nombres y Apellidos	Parentesco	% Participación

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura **1,86** cms Peso **127** Kg Fuma Si No Cuántos cigarrillos diarios?

Deportes que practica	Si	No
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a tratamiento antibiótico o por drogadicción?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?	Si	No
Trastornos mentales o psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades renales, cálculos-próstata-testículos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer o tumores de cualquier clase	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:
Herida Inguinal

* Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización

No firme esta solicitud sin leer este texto

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Se informa 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 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima 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 por ocasión de la expedición del contrato."

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 episódios o historias clínicas. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si este llegare a celebrarse.

Edad mínima de ingreso 18 años Edad máxima de ingreso, 74 años y 364 días y Permanencia Hasta la cancelación del crédito

Para la cobertura de incapacidad Total y Permanente la máxima de ingreso 69 años y 364 días y Permanencia Hasta los 71 años y 364 días.

Firma del Solicitante

El Clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Para constancia se firma en **Barranquilla** a los **29** días del mes de **Mayo** de **2019**

Firma Asegurado

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensor@bbvacolombia.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

FECHA CONTABILIZACION DEL CREDITO	05-29-2019	OFICINA	MURILLO	CUIDAD	BARRANQUILLA
TOMADOR/BENEFICIARIO	BBVA COLOMBIA S.A.		NIT	860.003.020-1	
VIGENCIA DESDE	05-29-2019	VIGENCIA HASTA			

DATOS DEL ASEGURADO					
NOMBRES Y APELLIDOS	WADYD ARDILA COBO		IDENTIFICACION	000000072190217 0 046	
DIRECCION	CLL 017 E 006 A 015 Calle 17E1		TELEFONO	000095-3747980 CUIDAD BARRANQUILLA	
FECHA DE NACIMIENTO	1972-11-20	SEXO	M	OCCUPACION/PROFESION	PENSIONADO OTRA PROFESION

DATOS DEL SEGURO					
TASA	3.376 %	EXTRA PRIMA	ANEXO ITP	VALOR ASEGURADO	\$66 459.997.61
PRIMA MENSUAL	\$ 224,288.00	PERIODICIDAD	MENSUAL	VE PRIMA TOTAL	\$18,701.00

BENEFICIARIOS		
NOMBRE IDENTIFICACION	PARTESESO	PARTICIPACION

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

ESTATURA PESO FUMA Cuántos cigarrillos diarios?

Deportes que practica

¿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 ORGANOS?

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

BOCO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACION DE GANGLIOS LINFATICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZON

ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTICULOS

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, 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.

¿SUFRÉ O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

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

*Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

NO FIRME ESTA SOLICITUD SIN HABER LEÍDOLA

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes.

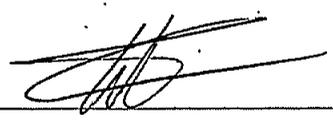
Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verdicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1068 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. " La mora en el pago de la prima 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 por ocasión de la expedición del contrato ".

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 episicrisis o historias clinicas. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Edad mínima de ingreso: 18 años. Edad máxima de ingreso: 74 años y 364 días y Permanencia Hasta la cancelación del crédito.
Para la cobertura de: Incapacidad Total y Permanente la máxima de ingreso 69 años y 264 días y Permanencia Hasta los 71 años y 364 días



FIRMA DEL SOLICITANTE

El datusado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

