

**SOLICITUD/CERTIFICADO INDI  
SEGURO VIDA GRUPO DEUDO**



M02630000000606979600122356

AMPAROS: VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMIEMBROCIÓN O INUTILIZACIÓN E INCAPACIDAD...

FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL		CIUDAD
AÑO	MES	DÍA	CENABASTOS		CUCUTA
2013	08	30	VIGENCIA		
TOMADOR BENEFICIARIO BEVA COLOMBIA		NIT 860.003.020-1	DESDE	HASTA	A LAS 24 HORAS
			AÑO 2013 MES 08 DÍA 30	FIN CREDITO	

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRES Y APELLIDOS				IDENTIFICACIÓN C.C O NIT	
MARIA NELLY ESPINEL VERA				000000037230603 1	
FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES	DÍA	EDAD
		1951	07	23	062
DIRECCIÓN		TELÉFONO		CIUDAD	
OTR 000 000 000 VIA CLUB TENIS E		000097-5818355		CUCUTA	
PROFESIÓN			OCUPACIÓN		
COMERC.AL POR MAYOR Y DETAL ROPA-CALZADO			SIN PROFESION ACADEMICA		
TASA	PRIMA EXTRA	ANEXOS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.	Valor de la Obligación (Valor Asegurado)
17.589		SI	NO	00130697009600122356	\$100,000,000.0
FOR MIL	%				
PRIMA ANUAL			PRIMA PERIODICA		
			PERIODICIDAD	VALOR PRIMA	
\$1,758,950.00			MENSUAL	\$146,579.00	

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

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

ESTATURA: 1.57 Cms. PESO 65 Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA             
 FUMA? SI  NO  CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE           

	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?		
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		<input checked="" type="checkbox"/>
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLON, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		<input checked="" type="checkbox"/>
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		<input checked="" type="checkbox"/>
NEUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL RAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		<input checked="" type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS		<input checked="" type="checkbox"/>
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		<input checked="" type="checkbox"/>
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, EARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		<input checked="" type="checkbox"/>
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		<input checked="" type="checkbox"/>
SI ES MUJER, ¿HA TEMIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?		<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALCUNA OCASIÓN O LE HAN SUOEBIDO LA PRÁCTICA DE EXAMES PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? Caso positivo indique el resultado.		<input checked="" type="checkbox"/>
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		<input checked="" type="checkbox"/>
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:	<u>          </u>	

## hoja 2 an xo 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 ararosidad 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 u 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 BEVA 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 mercado y de información comercial. BEVA 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 cesa 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 BEVA 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 BEVA 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 Cueuta a los 30 días del mes de Agosto de 2013.

  
\_\_\_\_\_  
ASEGURADO

  
\_\_\_\_\_  
BEVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para notificaciones: BEVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 11 Nro. 87-51 Piso 6  
Tel. 2191100 Fax. 6406883 Exts. 1139, 1126, 1226,1118