



M02630000000602669600118785

SOLICITUD/CERTIFICADO IN.

SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA No. 0110043

AMPAROS: VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL	CIUDAD
AÑO	NES	DÍA	BELLO	BELLO
2011	12	28		
TOMADOR BENEFICIARIO BBVA COLOMBIA			VIGENCIA	
NIT 860.003.020-1			DESDE	HASTA
			AÑO 2011 MES 12 DÍA 28	FIN CREDITO
A LAS 24 HORAS				

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ				IDENTIFICACION C.C O NIT 000000032408168 1	
FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES	DÍA	EDAD
		1946	07	10	065
DIRECCIÓN CLL 024 A 055 059 BELLO			TELÉFONO 000094-4615112		CIUDAD BELLO
PROFESIÓN PENSIONADO			OCUPACIÓN OTRA PROFESION		
TASA 9.000	PRIMA EXTRA	ANEXDS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.	Valor de la Obligación (Valor Asegurado)
POR MIL	%	Si	No	00130266009600118785	\$7,000,000.0
PRIMA ANUAL			PRIMA PERIODICA		
			PERIODICIDAD	VALOR PRIMA	
			MENSUAL	\$5,250.00	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

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

ESTATURA: 151 Cms. PESO 68 Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA _____

FUMA? SI NO CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE _____

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	SI	NO
¿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, TEMPLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		<input checked="" type="checkbox"/>
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		<input checked="" type="checkbox"/>
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		<input checked="" type="checkbox"/>
DOLORES 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, DIARRREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, 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 TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?		<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 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: _____		



hoja 2 anexo 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 siniestralidad contra mi vida.

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínicas, compañías 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 afecciones 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 llegara a celebrarse.

"Autorizo de manera permanente e irrevocable a BBVA 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 mercadeo y de información comercial. BBVA 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 casa 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 BBVA 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 BBVA 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 Bello a los 29 días del mes de Diciembre de 2011.

Luz Elena Sánchez Ortiz
ASEGURADO



[Handwritten Signature]

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

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

ORIGINAL CLIENTE - COPIA 1 BANCO - COPIA 2 ASEGURADORA