

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO
SEGURO VITAL HALL BANCARIO
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Nombre del Solicitante LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ

ESTATURA 151 cms. PESO 668 kgs. DEPORTES QUE PRACTICA:
 FUMA? SI NO x CUÁNTOS FUMA DIARIAMENTE
 HA SIDO ALCOHÓLICO O DROGADICTO SI NO x FRECUENCIA Y CANTIDAD DE CONSUMO:

HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

SUFRE INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL

SI	NO
	X
	X

**HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS,
 SISTEMAS U ÓRGANOS**

- TRANSTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS
- PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS 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 HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS.
- DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO, O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)?
- 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 RENALES, CÁLCULOS, PRÓSTATA, TESTÍCULOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITO - URINARIO.
- ENFERMEDADES EN OJOS, OÍDOS, NARÍZ, 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?
- SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

SI	NO
	X
	X
	X
	X
	X
	X
	X
	X
	X
	X
	X
	X
	X
	X

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO, RESULTADO, ESTADO ACTUAL Y FECHAS DE OCURRENCIA:

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y 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 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 epícrisis 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 a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. para consultar bases de datos de seguros de personas y cualquier base de datos que contenga información sobre mis antecedentes comerciales y financieros, igualmente autorizo a reportarme a estas bases en caso de ser necesario.

Nota: El asegurado se obliga a mantener vigente la póliza durante cada periodicidad de pago que haya elegido en esta solicitud de Seguro de Vida Grupo, sin embargo el asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, mediante comunicación escrita a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. enviada con no menos de treinta días comunes de antelación a la fecha de iniciación del nuevo período de pago, fecha a partir de la cual se entenderá revocado el contrato de seguro.

En constancia se firma la presente solicitud en la Ciudad de BELLO
 DE DICIEMBRE de 2011

a los 29

días del mes

Luz Elena Sanchez Ortiz
 FIRMA DEL SOLICITANTE



TOMADOR: BANCO BBVA

Con base en la información abajo suministrada y en los requisitos de asegurabilidad presentados, solicito mi inclusión como asegurado en la póliza de Vida Grupo citada bajo los siguientes amparos: Seguro Vital Plus: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves, Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, Triple Indemnización por muerte Accidental en Transporte Aéreo, Servicios de Asistencia en Viajes y Segunda Opinión Médica contratados por el BBVA, exclusivamente para sus clientes. Seguro Vital: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración y Servicios de Asistencia en Viajes contratados por el BBVA exclusivamente para sus clientes. Así mismo, autorizo cargar de mi cuenta el valor de la prima de acuerdo con la periodicidad de pago elegida y la renovación automática del seguro.

☒ Cuenta de Ahorros Número 00130369420200537345 Sucursal: BELLO
☐ Cuenta Corriente Número Código : 0369
☐ Tarjeta de Crédito Número

DATOS DEL SOLICITANTE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES COMPLETOS	
SANCHEZ	ORTIZ	LUZ ELENA	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CÉDULA DE CIUDADANIA ☒ CÉDULA DE EXTRANJERIA ☐	No. 000000032408168	
CUIDAD, DEPARTAMENTO Y PAIS DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	
MEDELLIN ANTIOQUIA COLOMBIA	1946-07-10	SOLTERO(A)	
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD Y DEPARTAMENTO	TELÉFONO	
DIRECCIÓN COMERCIAL	CIUDAD Y DEPARTAMENTO	TELÉFONO	
CLL 24 A N 55-59 BELLO	BELLO ANTIOQUIA	000094-4615112	
DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA	EMPRESA DONDE TRABAJA	CARGO QUE DESEMPEÑA	
CLL 24 A N 55-59 BELLO	INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	JUBILADO-PENSIO	
ACTIVIDAD ACTUAL (DESCRIBALA)	OTRAS ACTIVIDADES		
PENSIONADO	CULINARIA		
¿CUÁL ES SU SITIO HABITUAL DE TRABAJO?			
OFICINA ☐	ALMACEN ☐	HOGAR ☐	FÁBRICA ☐
FINCA ☐	OTROS ☐	¿CUÁLES?	
INGRESO ANUAL APROXIMADO	MONTO APROXIMADO DE SU CAPITAL	EN QUÉ ESTÁ REPRESENTADO	
POR TRABAJO \$	\$		
POR RENTA DE CAPITAL \$	\$		
¿TIENE O HA TENIDO LICENCIA DE PILOTO AVIADOR? SI ☐ NO ☐ ¿VUELA EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A LÍNEAS COMERCIALES SI ☐ NO ☐			
CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO			
VALOR ASEGURADO \$	PRIMA \$	PRIMA EXTRA	%
AMPAROS		SERVICIOS	
SEGURO VITAL PLUS VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN (DOBLE INDEMNIZACIÓN), TRIPLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE AÉREO, ENFERMEDADES GRAVES (ANTICIPO 50%).		SEGURO VITAL PLUS ASISTENCIA EN VIAJES Y SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.	
SEGURO VITAL VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.		SEGURO VITAL ASISTENCIA EN VIAJES	
FORMA DE PAGO: ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐ MENSUAL ☒			
SEGURO DE VIDA VIGENTES QUE USTED POSEE			
COMPANÍA	RAMO/No. POLIZA	VALOR ASEGURADO	
¿A LA FECHA TIENE PENDIENTE ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL, GRUPO O ACCIDENTES? EN CASO AFIRMATIVO, DETALLE			
SI ☐ NO ☐			
¿ALGUNA SOLICITUD DE VIDA LE FUE ACEPTADA CON EXTRAPRIMA? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CAUSA, FECHA Y NOMBRE DE LA COMPANÍA			
SI ☐ NO ☐			
¿ALGUNA COMPANÍA DE SEGUROS HA REHUSADO ASEGURAR SU VIDA?			
SI ☐ NO ☐			
BENEFICIARIOS DEL SEGURO			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%	

En constancia se firma la presente solicitud en la Ciudad de BELLO de 2011

a los 29 días del mes DE DICIEMBRE

Luz Elena Sánchez Ortiz
 FIRMA DEL SOLICITANTE
 c.c. 32408168

[Firma]
 GESTOR BBVA
 CÓDIGO DEL GESTOR C763230