



## Amorres: Vida Incapacidad Total y Permanente

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				
Estatura	Peso	Edad	Fuma	Cuántos cigarrillos diarios
1.76 cms	73		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Deportes que practica				
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				
¿Sufre alguna discapacidad física o mental?				
¿Ha sido sometido a tratamiento médico 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 órganos?				
Trastornos mentales o psiquiátricos				
Parálisis, epilepsia, vertigos, temblores, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso				
Bocio, diabetes, enfermedades del sistema endocrino				
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna				
Enfermedades del bajo abdomen, riñones, de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hematológico o enfermedades inmunológicas				
Dolor de pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón				
Enfermedades renales, cálculos prostata-testículos				
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio				
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, estómago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo				
Enfermedades en las piernas, dolor de garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos				
¿Antes o después 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 a alguien de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.				
¿Sufre 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 negligencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y dará lugar a 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 oportuna, 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 memoria de racial. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes vigentes de 2008 y 1981 de 2012

Declaro que mis recursos, mi profesión de actividad lícita y que a contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente. Cualquier otro señalamiento en la información es contraria a esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Excoisamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier error o omisión de información de las mismas, según tablas en acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 18º del Código de Comercio y Terminación del Seguro: La mora en el pago de la prima de los certificados en México que se le dan con fundamento en el artículo 17º de la Ley de Seguros, dará lugar a la terminación del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima de rescata y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato.

En caso de la Ley artículo 34 ley 23 de 1987, autorizo a la quien más co. hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Termino de firmar que poseo sobre mi salud y/o en caso de historias clínicas. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si el/los legatarios se relaciona.

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: 71 años y 364 días y Permanencia hasta la cancelación del crédito  
Para la cobertura de Invalidez Total y Permanente la máxima de ingreso 69 años y 364 días y Permanencia hasta los 71 años y 364 días

Fuma del Sol et al.

El uso de cualquier otro tipo de papel es de su propia responsabilidad. Las copias pagadas, sin embargo, están cubiertas por la garantía de la compañía.

Certifico que recibo 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.

Em a constancia se firmam: Tulus a los 29 dias del mes de Julio de 2022

Firma Assegurado

Firma Autorizada

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

Downloaded from <http://ajphaphapublications.org/> on 03/05/2016, IP: 173.50.21.52, User: Admin, 14/05/2016

London: Apple & Co. 71, rue de la Harpe. POLICITUD/CERTIF

[illegible]

Fonte: Grandes Contribuintes, Rev. 076 de 2016. Retornado de: FFA e LFA N° 30 de 2011.

**SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO**



M026300110236203539602258336

## REFERENCES