



Amorres: Vida Incepar da Total y Permanente

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER RESPUESTADAS A MANO POR EL ASSEGURADO EN FORMA CLARA SIN SARRAS NI COMENTARIOS						
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)						
Estatura	1.76 cms	Peso	73 kg	Fuma	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuántos cigarrillos diarios?
Deportes que practica						Si No
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?						X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?						X
¿Ha sido sometido a tratamiento médico por drogadicción?						X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?						X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?						Si No
Trastornos mentales o psiquiátricos						X
Parálisis de brazos y/o piernas, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso						X
Bochornos o enfermedades del sistema endocrino						X
Rumalismos, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna						X
Enfermedades del bazo, anemia, infarto de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hematológico o enfermedades inmunológicas						X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón						X
Enfermedades renales, cálculos prostata-testículos						X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio						X
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, cólico, vesícula, hígado, diabetes o enfermedades del sistema digestivo						X
Enfermedades en las manos, dedos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos						X
Cáncer o tumores de cualquier clase						X
Si es mujer ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?						X
¿Ha sido sometido en alguna ocasión a la realización de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.						X
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no mencionado anteriormente?						X
Si contestó 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 leer este texto

E' cliente se obliga a suministrar información veraz y verídica, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BIVA 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 1661 de 2014 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier información en la informacón con respecto a esta se somete, como a la compañía de toda responsabilidad. Excoicemente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier falsedad o información de las mismas, sean falsas, será castigada de acuerdo con el artículo 158 del código de comercio.

Artículo 18º del Cód. de Comercio: Terminar la póliza del Seguro. La mora en el pago de la prima o de los certificados o anejos que se exigen con fundamento en el contrato, producirá la terminación automática 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 consecuencia al artículo 34 ley 23 de 1981, 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 de Colombia S.A. Toda información que persona sobre mi salud y/o p. crisis o historias clínicas. La presente solic. tu formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, siendo lo que se declara.

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 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:

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 Toluca a los 29 días del mes de Julio de 2022

Fuma Asegurado

Firma Autorizada

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

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236203539602258336

[illegible]