

BE SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA RES HIPOTECARIO Y/O LEASING HABITACIONAL PÓLIZA No. 127



Amparos: Fecha con: 12-29-05 Valledupar Valledupar

Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A. C.C. o NIT: 860.003.020-1 Vigencia desde: 12-29-05 Vigencia hasta: 12-29-05

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: Jose Stella Jimenez Cantillo Identificación: cc 49695258 Edad: 42

Dirección: Dogon 12-29C-05 Teléfono: 3167508924 Ciudad: codazzi

Fecha de nacimiento: 1977-03-15 Sexo: M Ocupación/Profesión: operador

Datos del Seguro

Tasa % Extra Prima % Anexo ITP Si No Valor Asegurado

Prima Mensual \$ Periodicidad \$ Vr. Prima Total \$

| Beneficiarios | | |
|---------------------|------------|-----------------|
| Nombres y Apellidos | Parentesco | % Participación |
| | | |
| | | |

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura cms Peso Kg Fuma Si No Cuántos cigarrillos diarios?

Deportes que practica SI No

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? SI No

¿Sufre alguna incapacidad física o mental? SI No

¿Ha sido sometido a tratamiento anti-alcohólico o por drogadicción? SI No

¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional? SI No

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?

| | |
|--|--|
| Trastornos mentales o psiquiátricos | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |
| Cáncer o tumores de cualquier clase | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No |

Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios? SI No

¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado. SI No

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? SI No

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

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, 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 menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. 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.

Artículo 1068 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima 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 por ocasión de la expedición del contrato".

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. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Edad mínima de ingreso: 18 años. Edad máxima de Ingreso: 74 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.

Jose Stella Jimenez Cantillo
Firma del Solicitante

El Clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

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 Valledupar a los 20 días del mes de marzo de 2020

Jose Stella Jimenez Cantillo Firma Asegurado

[Firma] Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensor@bbvacolombia.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA, No producir retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.