

BBVA

Seguros

**SOLICITUD/CERTIFICADO COLECTIVO SEGURO DE VIDA
GRUPO DEUDORES HIPOTECARIO Y/O LEASING HABITACIONAL**

Amparos: Vida e Incapacidad Total y Permanente

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| Fecha contabilidad del crédito: 01/11/2015 | Oficina: OCOMA | Ciudad: OCOMA |
| Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A. | C.C. o NIT: 860.003.020-1 | Vigencia desde: Día / Mes / Año |
| | | Vigencia hasta: Fin del crédito a las 24 horas |

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

| | |
|--|--------------------------------------|
| Datos del Asegurado | |
| Nombres y Apellidos: CRISTIAN FERNANDO CAMBISA REYES | Identificación: 1017329808 |
| Dirección: CARRERA 39 # 72-22 | Teléfono: 32076899 |
| Fecha de nacimiento: 29/01/1987 | Edad: 37 |
| Ocupación/Profesión: CONTADOR | |

| | |
|--|-------------------------------|
| Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)* | |
| Estatura: 1.71 cms | Peso: 80 Kg |
| Fuma: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No | ¿Cuántos cigarrillos diarios? |
| Por favor responda las siguientes preguntas respecto a su estado de salud: | |
| ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? | SI No |
| ¿Sufre alguna discapacidad física o mental? | SI No |
| ¿Ha estado en tratamiento por alcoholismo o drogadicción? | SI No |
| ¿Ha estado o se encuentra actualmente en proceso de calificación por pérdida de capacidad laboral? | SI No |
| ¿Toma medicamentos actualmente? En caso afirmativo indique cuál (es): | SI No |
| ¿Practica algún deporte? En caso afirmativo indique cuál (es): | SI No |
| ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos? | SI No |
| Trastornos mentales o psiquiátricos: | |
| Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes, derrame o aneurisma u otras enfermedades del sistema nervioso. | |
| Bocio, diabetes, colesterol, triglicéridos altos u otras enfermedades del sistema endocrino | |
| Reumatismo, artritis, gota, fracturas o enfermedades de huesos, músculos o columna. | |
| Enfermedades del bazo, anemias, enfermedades de la sangre, ganglios o enfermedades inmunológicas. | |
| Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón, arterias, venas, válvulas o trastornos del ritmo cardíaco. | |
| Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos | |
| Asma, tos crónica, tuberculosis, bronquitis crónica, enfisema (EPOC), apnea del sueño 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 en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos. | |
| Cáncer o tumores de cualquier clase. | |
| Infección por SIDA - VIH positivo | |
| ¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? | |
| Por favor responda las siguientes preguntas si es mujer | |
| ¿Ha tenido enfermedades en sanos, matriz, ovarios? | SI No |
| ¿Se encuentra en estado de embarazo? En caso afirmativo, indique en que mes de gestación se encuentra: | |

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

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

| |
|--|
| Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto) |
| <p>Declaración de veracidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Soy consciente y he sido informado 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. Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1058 del Código de Comercio. <p>Autorización de tratamiento de datos y declaración de datos sensibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autorizo la recolección y tratamiento de datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y nuestra política de tratamiento igualmente manifiesto que he sido informado de forma clara y precisa sobre los fines de su tratamiento. Declaro que conozco que es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, de conformidad con la Constitución y las leyes 1265 de 2008 y 1581 de 2012. Consulte la política de tratamiento de datos de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. en www.bbvasseguros.com.co. <p>Autorización de información: Autorizo a 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.</p> <p>Declaración de fuente de recursos: 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.</p> <p>Autorización para solicitud de historia clínica: Con posterioridad a la ocurrencia de algún evento de seguro o de los hechos y hechos por la presente póliza y en desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución que posea historial de salud, a mi cónyuge, a mis familiares 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 firmará por el contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.</p> <p>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".</p> |

Firma del Solicitante

El suscrito con las condiciones generales de su póliza se encuentra 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 esta 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 **OCOMA** a los **22** días del mes de **abril** de **2014**

Firma Asegurado

Firma Autorizada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882-0

Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique Dajud Fernández Carrera 9 No 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 6013438335, e-mail: defensoria.bbva@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res 076 de 2015 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

| | |
|--|----------------|
| Datos del Seguro | |
| Tasa: % | Extra Prima: % |
| Anexo ITP: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No | Valor As: |

| | |
|-------------------|---------------|
| Prima Mensual: \$ | Periodicidad: |
|-------------------|---------------|

| | |
|---|--|
| Póliza No. 052842000250 (Clientes tradicionales) | 052852000255 (Clientes Premium) |
|---|--|

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236208659600068050