

**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 / 11/2014	Oficina: OCCO	Ciudad: OCCO
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

<b>Datos del Asegurado</b>	
Nombres y Apellidos: CRISTIAN FERNANDO CAMBISA REYES	Identificación: 1017329808
Dirección: CARRERA 39 # 72-22	Teléfono: 32076899 OCA
Fecha de nacimiento: 19/01/1987	Edad: 37
Ocupación/Profesión: MILITAR	

<b>Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)*</b>	
Estatura: 1.71 cms	Peso: 80 Kg
Fuma: SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	¿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 cual (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?	SI No
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 No

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


<b>Beneficiarios</b>			
Nombres y Apellidos completos	Identificación	Parentesco	% Participación

<b>Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)</b>	
Declaración de veracidad:	
- 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.	
Autorización de tratamiento de datos y declaración de datos sensibles:	
- 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 <a href="http://www.bbvasseguros.com.co">www.bbvasseguros.com.co</a> .	
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.	
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.	
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.	
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".	

Firma del Solicitante	
Elaborado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas <a href="http://www.bbvasseguros.com.co">www.bbvasseguros.com.co</a> y <a href="http://www.bbva.com.co">www.bbva.com.co</a>	
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	los	días del mes de	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](mailto: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:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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 Colom

**SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO**

M026300110236208659600068050