

M026300110236205379600214773

Solicitud/ Certificado Indiv: Seguro de Vida Grupo Deudores Pól.

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización

Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad	
2014 03 15	Honduras	Honduras	
Tomador / beneficiario	NIT		
Nombre completo			
Vigencia desde	Vigencia hasta		
2014 03 15			
DATOS DEL ASSEGURADO			
Nombres y Apellidos	Identificación	Edad	
DOÑ OMAR GARCIA VASQUEZ	310831643	39	
Dirección	Ciudad		
Fecha de nacimiento	Occupación/profesión		
1969 08 06	Operario		
Tasa Extra Prima	Valor Asegurado		
5			
Prima Mensual	Periodicidad	Vr. Prima Total	
BENEFICIARIOS			
Nombre e Identificación	Parentesco	% participación	
TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASSEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS			
DECLARACION DE ASSEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)			
Estatuto: 1.60	Peso: 60	Altura: 170	Quantos cigarrillos diariamente? 51 No
Reportos que practica:			
HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?			
SUFRIR ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?			
HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O 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 PSÍQUIATRICOS			
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			
HOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO			
RELAXISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA			
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS			
DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN			
ENFERMEDADES RENALES O CÁLCULOS PROSTATA TESTICULOS			
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO			
ÚLCERA DEL ESTOMAGO O DUODENO ENFERMEDADES DEL RECTO, ESOFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO			
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, DEDOS, NARIZ, GARGANTA, PONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS			
CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE			
SI ES MUJER, HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SEÑOS, MATRIZ, OVARIOS?			
HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRACTICA DE EXAMEN PARA DIAGNOSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.			
SUFRIR O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?			
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:			

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.

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. Expressamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o refuencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1066 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expliquen 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". Persona jurídica Gran Contribuyente según Res. 7714/16/12/1996. Rotuladores de ICA e IVA. No practicar retención en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

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.

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autoriza 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 aperturas o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO ONEROSO (ENDOSOS): Se designa como beneficiario principal del valor de la indemnización del presente seguro de vida como de los demás amparos contratados a BBVA COLOMBIA S.A. con el único y exclusivo fin de garantizarse el pago de una deuda a su cargo. En consecuencia, y de conformidad con el artículo 1146 del Código de Comercio mientras subsista la deuda anterior con este beneficiario, la póliza no podrá ser revocada o modificada sus beneficiarios o su valor asegurado, sin previo aviso por escrito al beneficiario principal y autorización del mismo. Si se llega a causar el derecho de indemnización pactada en el presente seguro, cuando la deuda a cargo del asegurado y a favor del beneficiario anteriormente designado se hubiere extinguido o disminuido por cualquier causa, será beneficiario sustituto por el saldo del seguro. LOS DESIGNADOS POR EL ASSEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY. La presente poliza permite ser cedida o endosada en caso de fallecimiento de cartera.

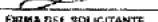
Corriente de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto de Crédito No. _____, o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo o la periodicidad de pago elegida.

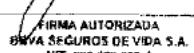

FIRMA DEL SOLICITANTE

El clasificado con las condiciones generales de su póliza está a su disposición, a través de la páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co

CERTIFICO QUE RECIBI LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIE LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de **Honduras**, el **15 de 03 de 17**


FIRMA DEL AUTORIZANTE


FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 800.226.098-4