

SOLICITUD/CERTIFICADO
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 052842000085

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o inutilización.

FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL			CIUDAD		
Año	Mes	Día						
BENEFICIARIO						NIT		
BBVA COLOMBIA S.A.						860.003.020-1		
VIGENCIA DESDE						VIGENCIA HASTA		
Año	Mes	Día	FIN DEL CREDITO A LAS 24 HORAS					
DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO								
NOMBRES Y APELLIDOS				IDENTIFICACIÓN			EDAD	
Doray Guideron Forero				37886878			56	
DIRECCIÓN			TELÉFONO		CIUDAD			
UHEH # 3-02			33870484		Santill			
FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		OCCUPACIÓN/PROFESIÓN			
Año 60 Mes 4 Día 3			M		Pensionada			

DATOS DEL SEGURO								
TASA	EXTRA PRIMA	ANEXO ITP		OBLIGACIÓN NO			VALOR DE LA OBLIGACIÓN (Vr. Asegurado)	
%	%	SI	No					
PRIMA ANUAL		PERIODICIDAD		A S Y M			V. PRIMA	

Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza y Consumer finance)		
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	62 cm PESO 62 Kg FUMAS SI No Y Cuántos cigarrillos diarios?
Deportes que practica	Caminata
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?	<input checked="" type="checkbox"/>
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS	<input checked="" type="checkbox"/>
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	<input checked="" type="checkbox"/>
BOCI, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO	<input checked="" type="checkbox"/>
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA	<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS	<input checked="" type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS	<input checked="" type="checkbox"/>
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO	<input checked="" type="checkbox"/>
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	<input checked="" type="checkbox"/>
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE	<input checked="" type="checkbox"/>
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?	<input checked="" type="checkbox"/>
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.	<input checked="" type="checkbox"/>
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?	<input checked="" type="checkbox"/>
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:	

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

En créditos de libranza y Consumer finance, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.

Las actividades a las que me dedico son licitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

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 aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercado, atención al cliente y demás establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en www.bbvasseguros.com. El cliente impone de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. como responsables del tratamiento, a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticas, de control, supervisión, muestras, mercados y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso, el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadotecnia y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de la empresa los mismos podrán ser almacenados, consultados, procesados, reportados, obtenidos, actualizados, compilados, tratados, intercambiados, compartidos, enviados, modificados, empleados, utilizados, eliminados, ofrecidos, suministrados, grabados, conservados y divulgados a responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores, centrales o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, legales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/u operaciones que llegue a celebrarse con el responsable del tratamiento o que llegaren a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas y/o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre protección de datos personales y las políticas internas del BBVA, b) transferir o transmitir, nacional o internacionalmente, y suministrar toda la información para los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos de responsable, los encargados y demás sujetos citados. Igualmente, 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 1286 de 2008 y 1581 de 2012 las cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentra en nuestra página web. 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 entregando los reportes y documentos correspondientes.

*Terminación automática del contrato de seguro, la mora en el pago de la prima de la póliza 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 con ocasión de la expedición del contrato" Art. 1068 Código de Comercio

El suscrito 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

DECLARO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE JUZGUE LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD INCLUYENDO MI ESTADO REAL DE SALUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Para constancia se firma en Guango a los 22 días del mes de NOV de 2016

 ASEGURADO	SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO	IVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. teléfono 2191100 232224 vcolombia@bbva.com.co
Dirección pa Líne Consumidor Financiero	 M026300110236201589609293622	VI130-0116-1