

E

M026300110242900659600082752

Fecha contabilización del crédito 2020/05/14		Oficina Sistemas		Ciudad TNP	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.		C.C. o NIT: 860.003.020-1		Vigencia desde Vigencia hasta	
Datos del Asegurado					
Nombres y Apellidos ROSA MARIA FANDINO PRESEDO				Identificación CE 294849	Edad 49
Dirección CRA. 77 NRO. 236-81				Teléfono 322-201-4265	Ciudad BOGOTÁ
Fecha de nacimiento 1970/11/19		Sexo X	Ocupación/Profesión CONTADOR PUBLICO		
Datos del Seguro					
Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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 1,62 cms	Peso 63 Kg	Fuma Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuántos cigarrillos diarios?
Deportes que practica CAMINAR			SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			SI <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Trastornos mentales o psiquiátricos			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer o tumores de cualquier clase			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?			SI <input type="checkbox"/> No <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.			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			
- CIRUGIA POLIPO UTERO			
- CIRUGIA MIOPIA			

* 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.

Rosa Fandino

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 TNP a los 14 días del mes de Agosto de 2020

Rosa Fandino

Firma Asegurado

BQ 21

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: defensoria.bbva.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2020 10 31	Oficina Siemens	Ciudad Tenjo
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde Vigencia hasta

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos GUILLERMO RAFAEL CUETO PADILLA	Identificación CC: 3746246	Edad 53
Dirección CRA. 77 NRO. 236-81	Teléfono 381-478-6523	Ciudad BOGOTÁ
Fecha de nacimiento 1967 03 06	Sexo X	Ocupación/Profesión CONSULTOR SISTEMA SAP

Datos del Seguro

Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 1,78 cms	Peso 89 Kg	Fuma Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuántos cigarrillos diarios?
Deportes que practica CAMINAR			SI No
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			X
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?			X
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?			X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?			X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?			SI No
Trastornos mentales o psiquiátricos			X
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso			X
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino			X
Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna			X
Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas			X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón			X
Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos			X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio			X
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo			X
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos			X
Cáncer o tumores de cualquier clase			X
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?			X
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.			X
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			X

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 consagrada 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.

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 Tenjo a los 14 días del mes de Mayo de 2020

Firma Asegurado

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: defensora.bbvacolombia@bbva.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.