



Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amaros: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2022 / 03 / 03	Oficina Mocoa	Ciudad Mocoa
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde 2022 / 03 / 03 Vigencia hasta Fin del crédito a las 24 horas

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos Alexis Torres Muñoz		Identificación 1124857975	Edad 29
Dirección 11 el Paraíso		Teléfono 3127194556	Ciudad Mocoa
Fecha de nacimiento 1992 Mes 06 Día 12	Genero F	Ocupación/Profesión Auxiliar de cocina	

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)

Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado. Medimas
¿Tiene medicina prepagada o plan como emplatario? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual?
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	Peso 80	Kg	Notación	Si	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombos o accidente cerebrovascular, epoca, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?					<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:

* 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 pérdida del derecho a cualquier indemnización.

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verídica.

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.

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 retención 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 expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y para efectos de asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la ejecución del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge o mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episodios 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 así se llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El clauseado con las condiciones generales de su póliza estén 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 **Mocoa** a los **03** días de mes de **Marzo** de **2022**

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 1100

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80

Defensor de Consumidor: Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438365 e-mail: defensoria.bbva@bbva.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practica retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1993

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Tasa	%	Extra Prima	SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO	Número de Obligación 598 9600324212
Prima Mensual			Prima Total	



M026300110236205989600324242

VIGILADO POR SUPERINTENDENCIA

OPXRES-INT-EXCUBA