

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236201429618351835



Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL No.

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

Fecha contabilización del crédito 2019 11 01	Oficina Indemil	Ciudad Bogotá
Tomador/Beneficiario BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde 2019 11 01
		Vigencia hasta

<b>Datos del Asegurado</b>			
Nombres y Apellidos Mano Gaiman Rodríguez Urcía		Identificación 73.121.045	Edad 34
Dirección Cll 147 F14-69		Teléfono 3174077774	Ciudad Bogotá
Fecha de nacimiento 1985 07 19	Genero M	Ocupación/Profesión Pensionado	

<b>Datos del Seguro</b>			
Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor Asegurado 145'000.000
Prima Mensual \$	Periodicidad	Vr. Prima Total \$	Numero de Obligación 138-9618351835

Beneficiarios del Seguro		
Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

<b>Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)</b>						
Estatura 1.77 cms	Peso 87 Kg				Si	No
¿ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?						X
¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?						X
¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?						X
¿sufre alguna incapacidad física o mental?						X
¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la practica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.						X
¿sufre 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 así mismo 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 en los artículos 2003 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 suministrada 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 información inexacta o referida por las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1065 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 medico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios de 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 es una declaración del contrato de seguro que no constituye, si este llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El cliente con las condiciones generales de su póliza están a su disposición a través de las paginas: 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 Bogotá a los 18 días del mes de Octubre de 2019

Firma del Solicitante

Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. MT 800.40000.0

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: 01800033400 y en Bogotá 507 89 50

Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá DC; Teléfono 3428395 e-mail: defensoria.bbva@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 de la Ley 2131 de 2015

VIGILADO por Superintendencia Financiera

OFX/PRES M/RES/004