BBVA
Seguros

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

Amparos Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2021/07/01	Oficina Fiortango		Ciudad Cartago
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde 2021/07/01	Vigencia hasta Fin de crédito

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos HECTOR RAMIREZ ZAPATA.		Identificación 16.233.399	Edad 43
Dirección Cll. 11 # 23-16		Teléfono 3116616358	Ciudad Cartago
Fecha de nacimiento 1948-04-04	Genero α	Ocupación/Profesión Pensionado.	

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:

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?

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 1,72 cms Peso 71 Kg

	Si	No
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonia, discopatia?		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
¿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 que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible perdida del derecho a cualquier indemnización.

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es verdadera y [illegible]
Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera por lo menos una vez al año o cada vez que [illegible] 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, religion, 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, [illegible] en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas 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 automatica del Seguro "La mora en el pago de la prima de los certificados [illegible] que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automatica del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos [illegible] la expedición del contrato"
En desarrollo al articulo 34 ley 23 de 1981 autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros [illegible] a mis beneficiarios designados a mi cónyuge a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o [illegible] con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formara parte del contrato de seguro que aquí se solicita si este llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición a través de las paginas www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié 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 Cartago a los 01 días del mes de Julio de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 860-003020-1

Dirección para notificaciones BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71-21 Torre A Piso 11 Teléfono 3139100
Linea de Atención y Servicio al Cliente Linea Nacional 018000 93400, Oficina Bogotá 3076900
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3478[illegible] correo electrónico defensoriaconsumidor@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicamos retenciones [illegible]

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si ☐ No ☐	[illegible]ión
Prima Mensual $	Periodicidad		

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO
M026300105180602599623203155

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OFIXPRES