

Fecha: 25 07 2023	Sucursal: Av Sexta	Ciudad: Cúcuta
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	Código: 860.003.020-1	Vigencia: Vigencia

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

Datos del Asegurado	
Nombre y Apellidos: Wilson Rodriguez Leal	Identificación: 88262310
Dirección: Al 16 # 36 73 Girasoles	Teléfono: 304 5914 841
Fecha de Nacimiento: 15 10 1982	Edad: 39
Ocupación: Policía	Correo electrónico: wilson.rodriguez2310@Correo.Policia.gov.co
Coberturas	Valor Asegurado
Vida	Saldo Insoluto de la deuda:
Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización	Saldo Insoluto de la deuda
Asistencia Apoyo en Casa	Incluido
Forma de Pago: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Prima anual: \$
Nombre Asegurado: Nathalia Ortiz	Código Asesor: C809553

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)*				
¿Ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro.				
Año	Ramo	Compañía	Valor	Reclamación

Por favor responda las siguientes preguntas respecto a su estado de salud:				
Estatura: 1.71	Peso: 80	SI	NO	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado discapacidad permanente o prolongada?			✓	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado discapacidad temporal?			✓	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado discapacidad leve?			✓	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado discapacidad leve?			X	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado discapacidad leve?			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.

Nombre de la E.P.S. (si no se aplica, escribir "Sin E.P.S.")	Tiene medicina prepagada o plan complementario	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?
Sanidad Policía			

Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)

Declaración de veracidad: Yo, el/la asegurado/a, declaro que la información suministrada en esta solicitud es veraz y completa, y que no 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.

Autorización tratamiento de datos y declaración de datos sensibles: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. el uso de mis datos personales para el desarrollo de las actividades de su negocio, así como para la gestión de mi seguro de vida.

Autorización de información: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a proporcionar información sobre mi seguro de vida a las entidades que lo requieran para el desarrollo de su negocio.

Declaración de fuente de recursos: Declaro que los recursos para el pago de la prima del seguro de vida provienen de mis propios recursos o de los recursos de mi familia.

Autorización para solicitud de historia clínica: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a solicitar y recibir la historia clínica de mi médico tratante para el desarrollo de su negocio.

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 GASTADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".

Clausula de Renovación: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a renovar mi seguro de vida de acuerdo a las condiciones establecidas en el presente documento.

Para constancia se firma en Cúcuta a los 25 días del mes de Julio de 2023.

Clausula de Beneficiario Oneroso (Endosos): Poliza con Endoso: Si ☐ No ☒ Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro.

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencie 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 Cúcuta a los 25 días del mes de Julio de 2023.

Por el presente documento, el/la asegurado/a, declara que ha leído y entendido el contenido de la presente solicitud y que ha aceptado las condiciones establecidas en ella.

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.

Vigencia: 23/07/2023

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236203219602420737