

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 Apellido: 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 la pérdida de la capacidad de trabajo o de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			✓
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de trabajo o de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			✓
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de trabajo o de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			✓
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de trabajo o de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			X
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de trabajo o de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			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 es el caso, poner "Sin E.P.S.")	Tiene medicina prepagada o plan complementario	Cuál?
Sanidad Policía	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	

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 verdadera y correcta, y que no he sido informado/a de manera adecuada sobre los riesgos y consecuencias de la contratación del seguro.

Autorización tratamiento de datos y declaración de datos sensibles: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a utilizar, procesar, almacenar y difundir los datos personales que me han suministrado, para la gestión del seguro y para fines de marketing, investigación y estadística.

Autorización de información: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a utilizar, procesar, almacenar y difundir los datos personales que me han suministrado, para la gestión del seguro y para fines de marketing, investigación y estadística.

Declaración de fuente de recursos: Declaro que los recursos para el pago de la prima del seguro provienen de mi propio patrimonio 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 del asegurado/a, para la gestión del seguro y para fines de marketing, investigación y estadística.

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 GENERADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

Clausula de Renovación: A partir de la BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. me informará por escrito con 30 días de anticipación sobre la renovación del seguro.

Para más información consulte el sitio web www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Clausula de Beneficiario Oneroso (Endosos): Poliza con Endoso: 1. El/la asegurado/a, autoriza a BBVA Colombia S.A. a endosar el presente seguro a favor de la persona o personas que se indiquen en el presente documento, para la gestión del seguro y para fines de marketing, investigación y estadística.
--

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: Cúcuta	a los: 25	días del mes de: Julio	de: 2023
Firma del Asegurado: [Firma]			
Firma del Asesor: [Firma]			

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236203219602420737