



M026300110236205689629128711

BBVA

Seguros

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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2023 04 18	Oficina Unicentro Pasto	Ciudad Pasto
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C o NIT 860.003.020-1	Vigencia desde Vigencia hasta

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

Datos del Asegurado		
Nombres y Apellidos Armintha Carlina Escallón Cortes	Identificación 30739142	Edad 0 36
Dirección Calle 196 No 44-4B	Teléfono 3123754546	Ciudad Pasto
Fecha de nacimiento 19 de Marzo 1967	Género F	Ocupación/Profesión Docente

Información Adicional			
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: P. Insalud			
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si ☐ No ☒ ¿Cuál?			
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura 1.70 cms	Peso 66 Kg	Si	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, oisopatía?			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:			

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)			
Nombres Completos	Identificación	Parentesco	% Participación

Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)	
Declaración de veracidad: - Se y 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 pérdida del derecho a cualquier indemnización. - Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. - Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verdaderas 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 Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles: - Autorizo la recolección y tratamiento de datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y nuestra política de tratamiento, igualmente manifiesto que he sido informado de forma clara y precisa sobre los fines de su tratamiento. - Declaro que conozco que es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, de conformidad con la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Consulte la política de tratamiento de datos de BBVA SEGUROS DE VIDA en www.bbvasseguros.com.co. Autorización de información: 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. Declaración de fuente de recursos: Declaro que mis recursos, no provienen de actividad lícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Autorización para Solicitud de Historia Clínica: Con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados por la presente póliza y en desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que se pueda sobre mi salud y/o de mis o de mis historias clínicas. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si este llegare a celebrarse. 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 DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.	

Firma del Solicitante El clausulado con las condiciones generales de su póliza están 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 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 <u>Pasto</u> a los <u>12</u> días del mes de <u>Abril</u> de <u>2023</u>	
--	--

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 11 00 Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80 Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique Dávalos Fernández Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensoria.bbvacolombia@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 del Decreto Reglamentario 2126 de 1933.	
--	--

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)					
Tasa	%	Extra Prima	%	Anexo ITP	Si ☐ No ☐
Prima Mensual	\$	Periodicidad		Valor Asegurado	Número de Obligación
				Vr Prima Total	\$