SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

M026300110236208729624857231

BBVA Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad
Año / Mes / Día		

Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde	Vigencia hasta
		Año / Mes / Día	Fin del crédito a los 24 meses

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos	Identificación	Edad
Mary Luz Rojas Leiva.	60.298.714	58

Dirección	Teléfono	Ciudad
Av 3 Nº 1a-54 Conjunto Villas de Zaragoza Casa 235	3152066531	Cúcuta.

Fecha de nacimiento	Genero	Ocupación/Profesión
1963 / 08 / 05	X F / M	Docente

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 1.60 cms | Peso 68 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, 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
¿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:

Hipertensión hace 2 años.

* 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 veraz y verificable.
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.
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 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; cualquier inconsistencia en la información consagrada 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 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 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 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 posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: 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 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 17 días del mes de Diciembre de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Direccion 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 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 1983

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Tasa	Extra Prima	Anexo ITP	Valor Asegurado	Número de Obligación
%	%	Si ☐ No ☐		

Prima Mensual	Periodicidad	Vr. Prima Total
$		$

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

OFIXPRES