



SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236202269600054765

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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2022-12-06	Oficina 0226	Ciudad Tauramena
Tomador/Beneficiario. BBVA COLOMBIA S.A.	C.C.oNIT: 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

<b>Datos del Asegurado</b>	
Nombres y Apellidos Jucy Esperanza Tristanocho Guevara	Identificación 46.669.228
Edad 49	
Dirección Vereda Pabucos	Teléfono 3142327042
Ciudad Tauramena	
Fecha de nacimiento 21-08-73	Ocupación/Profesión Docente

**Información Adicional**

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:

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

**Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)**

Estatura 1,68 cms	Peso 75 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:

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**

- 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 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 verificadas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1058 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](http://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 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

**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 posea sobre mi salud y/o episodios o historias clínicas. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste 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 DARÁ 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  
Jucy Tristanocho G

El Clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://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 Tauramena a los 06 días del mes de Diciembre de 2022

Firma del Solicitante <u>Jucy Tristanocho G</u>	Firma Autorizada <u>[Firma]</u>
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240.882 - 0	

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 9 # 72 - 21, Piso 8 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 Dajud Fernández Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail [defensonna.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto:defensonna.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

<b>Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)</b>			
Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor Asegurado 9.000.000
Prima Mensua. \$	Periodicidad	Vr. Prima Total \$	Número de Operación 9600054765

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA