



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	Oficina	Ciudad
2022-12-06	0226	Tauca
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	Identificación
Jucy Esperanza Tristano Guevara	46.669.228
Edad	49
Dirección	Teléfono
Vereda (Pahuc)	314232842
Ciudad	Tauca
Fecha de nacimiento	Genero
21-08-73	Femenino
Ocupación/Profesión	Docente

Información Adicional	
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:	
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)	
Estatura	Peso
1.68 cms	75 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, discopatía?	
No	
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?	
No	
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	
No	
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?	
No	
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?	
No	
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.	
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 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 posea sobre mi salud y/o episodios o historias clínicas en 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 E. Tristano G	
El suscrito 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 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	a los	días del mes de	de
Tauca	06	Diciembre	2022
Firma del Solicitante		Firma Autorizada	
Jucy E. Tristano G		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 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
%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9.000.000
Prima Mensual	Periodicidad	Vr. Prima Total	Número de Obligación
\$		\$	9600034765