

## SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300105180602269622072270

BB

Seguros

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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2021 03 03	Oficina 0226	Ciudad Tauranere
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde 2021 03 03

## Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos LUCEY ESPERANZA TRISTANCHO GUCUARA	Identificación 46-669-228	Edad 47
Dirección C1 # 11-24	Teléfono 3142327842	Ciudad Tauranere
Fecha de nacimiento 21 08 1973	Genero F	Ocupación/Profesión 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 1.68 cms	Peso 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?			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:


\* 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.

## No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro en sus partes y anexos.

Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo requiera 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 mis antecedentes penales, 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 y Vigente, en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas dadas son exactas, completas y veraces, y que no existen omisiones, inexactitud o retención 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 cuotas de la prima, o la falta de pago de cualquiera de ellas, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos de gestión de la liquidación del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución, que así lo requiera, a los beneficiarios designados o mi conyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o enfermedad, o sobre la salud de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita si este llegare a celebrarse.

*LUCEY ESPERANZA TRISTANCHO G*

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 Tauranere a los 02 días del mes de 03 de 2021

*LUCEY ESPERANZA TRISTANCHO G*

Firma del Solicitante

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No 71-5, Torre AF - Bogotá, D.C.

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934023 y en Bogotá: 3438584

Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438584. Correo electrónico: defensor@bbva.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciónes en la liquidación de los beneficios de la Ley 1716 de 1983

## Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor Asegurado 73.500.000	Número de Obligación 9622072270
Prima Mensual \$	Péridicidad	Vr. Prima Total \$		