



Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO<sup>1</sup>



M026300110236201589628867822

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad

Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad
Tomador/Beneficiario: <b>BBVA COLOMBIA S.A.</b>	C.C. o NIT: <b>860.003.020-1</b>	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 <b>Netsy Amelia Ibarra Barro</b>		Identificación <b>57438840</b>	Edad <b>50</b>
Dirección <b>Cra 33 # 19-17 Santa Lucia</b>		Teléfono <b>3134717896</b>	Ciudad <b>Santa Marta</b>
Fecha de nacimiento <b>26 07 1972</b>	Genero <b>X</b>	Ocupación/Profesión <b>Docente</b>	

<b>Información Adicional</b>
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: <b>Clinica General del Norte</b>

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

<b>Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)</b>				
Estatura <b>1.63</b> cms	Peso <b>68</b> Kg		Si	No
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				<input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?				<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				<input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				

<b>Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)</b>			
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, entiendo 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 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 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 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 epícrisis 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

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 Santa Marta a los 16 días del mes de marzo de 2023

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 Dajud Fernández Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail. [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto: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.

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

VICELIADO - INFORMACIÓN FINANCIERA - SEGUROS