



Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO¹

M026300110236201589628867822

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad

Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad
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 <u>Nelsy Amelia Ibarra Barro</u>	Identificación <u>57438840</u>
Dirección <u>Cra 33 # 19-17 Santa Lucia</u>	Ciudad <u>Santa Marta</u>
Fecha de nacimiento <u>26 07 1972</u>	Ocupación/Profesión <u>Docente</u>

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

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? SI ☐ No ☒ ¿Cuál?
--

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)	
Estatura <u>1.63</u> cms	Peso <u>68</u> 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?	☒
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?	☒
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	☒
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?	☒
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?	☒
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 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. 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. 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".

Nelsy Ibarra Barro
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 Santa Marta a los 18 días del mes de marzo de 2023

Nelsy Ibarra Barro
Firma del Solicitante

[Firma Autorizada]
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
Somos Grandes Contribuyentes Res. D76 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	%
Prima Mensual	\$	Periodicidad	
Anexo ITP	Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Vr. Prima Total	\$		