



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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

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 <i>Elizabeth Quiroga Lopez</i>		Identificación <i>28 140268</i>	Edad <i>60</i>
Dirección <i>Carrera 10 No 10-03</i>		Teléfono <i>3142569722</i>	Ciudad <i>CUITI</i>
Fecha de nacimiento <i>1-9-62 - 02 - 10</i>	Genero <i>X</i>	Ocupación/Profesión <i>Docente</i>	

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 type="checkbox"/> ¿Cuál?	

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura <i>1.57</i> cms	Peso <i>57</i> 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?			<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:			

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, 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 1068 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 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 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, PRODUCIRA 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".

Elizabeth Quiroga Lopez
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 *San Gil* a los *26* días del mes de *Septiembre* de *2022*

Elizabeth Quiroga Lopez
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 DC ; Teléfono 3438385, e-mail defensoria@bbvacolombia.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"/>	Número de Obligación
Prima Mensual \$	Periodicidad	Vr. Prima Total \$	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA