

BBVA

Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236209949600023497

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
UPO 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		Identificación	Edad
Gersson Freddy Buitrago Medina		79.519.674	48
Dirección	Teléfono	Ciudad	
Calle 23 C # 69 D 24 Int 4-104	322532928	Bogotá	
Fecha de nacimiento	Genero	Ocupación/Profesión	
1973-07-27	M	Militar	

Información Adicional	
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:	
¿Tiene medicina prepagada o plan como suplementario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	Peso		
1.65 cms	69 Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, dislipidemia, discopatía?		Si	No
			X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			X
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?			X
¿Sufrir 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:			

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)	
<p>Declaración de veracidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. <p>Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 episodic o historias clínicas. La presente solicitud forma parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.</p> <p>TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO. "A 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 DEBIDA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".</p>	

<p>Firma del Solicitante</p> <p>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</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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	Bogotá	a los 23 días del mes de	05	de	2022.
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 Hernández Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria@bbvacolombia.com
 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	Número de Obligación	
%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Prima Mensual	Periodicidad	Vr. Prima Total			
\$		\$			