

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



BBV

Seguros

M026300110236202069600476483

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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2023 05 03	Oficina Bogotá	Ciudad Bogotá
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT 860.003.020-1	Vigencia desde 2023 05 23 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 Gerson Freddy Buitrago Medina	Identificación 79519674
Dirección Cra 5 # 17 Sur - 18	Teléfono 322 25 32928
Edad 49	Ciudad Bogotá
Fecha de nacimiento 27 07 1973	Genero X
Ocupación/Profesión Militar	

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)	
Estatura 1.73 cms	Peso 76 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?	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:	

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, 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. <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 episodios o historias clínicas, la presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.</p> <p>TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO. "LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O EN LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".</p>

<p>Firma del Solicitante</p> <p>El/la suscritor/a 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> <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.</p> <p>Para constancia se firma en Bogotá a los 3 días del mes de mayo de 2023</p> <p>Firma del Solicitante</p> <p>Firma Autorizada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0</p> <p>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.bbva@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.</p>

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)			
Tasa	%	Extra Prima	%
Anexo (TP)	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Valor Asegurado	18.900.000
Número de Obligación	206-9600476483		
Prima Mensual	\$	Periodicidad	Mensual
Vr. Prima Total	\$		