

BBVA

Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236208659628866196

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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2023 / 03 / 23	Oficina OCONA	Ciudad OCONA
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 CRISTIAN PEDRANZO CONTRA RIVERA		Identificación 1012329.808	Edad 36
Dirección CARRERA 11A # 40-34		Teléfono 3202689649	Ciudad BOGOTÁ
Fecha de nacimiento 29-01-1987	Genero M	Ocupación/Profesión MILITAR	
Información Adicional			
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: <u>sanidad mil</u>			
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual?			
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura 1.71 cms	Peso 80 Kg	Si	No
¿La padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoca, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?			X
¿Prescrito 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)**Declaración de veracidad:**

- Si yo como representante y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y asumirá la posible pérdida de 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 estrictas, completas y verdaderas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención 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 consiento que es facultativo responder preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) 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 o 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 forma parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO. "LA VIGENCIA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DE VIGENCIA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXTINCIÓN DEL CONTRATO"

Firma del Solicitante

El cláusulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas. www.bbvasseguros.com.co o 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 BOGOTÁ los 11 días del mes de NOVIEMBRE de 2023

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 860.003.020-1

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 018000994020 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 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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor Asegurado	Numero de Obligación
Prima Mensual \$	Periodicidad	Vr Prima Total \$		