

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	Peso	Kg	Si	No
1.60 cms	68			
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, 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, detalla 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 verdicias y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el 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 2003 y 1581 de 2012. Consulte la política de tratamiento de datos de BBVA SEGUROS DE VIDA en www.bbvaseguros.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.

Entendimiento de los riesgos y documentos correspondientes:

Declaro que he leído y comprendo los riesgos 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 en crisis 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"

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 Valledupar a los 14 días del mes de Sep de 2023

Firma del Saldo Illegale

Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.832 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 9 # 72 - 21. Piso 8 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 Dávalos 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 - Payer Efiores de IVA e l CA. No practicar reieuciones en la fuente segun 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	
\$			\$	

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236204869600234248