

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

BE



M026300110236209409600338478

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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 22/10/11	Oficina Centro comercial	Ciudad Vlupar
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 Daniel Jose Osgood Robles	Identificación 17971790
Edad 60	
Dirección C/ 17.ª # 2A-23	Teléfono 31526227
Ciudad Vlupar	
Fecha de nacimiento 28/04/1951	Genero X
Ocupación/Profesión Empleado	

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 1.77 cms	Peso 95 Kg
SI	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?	
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?	
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?	
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?	
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 de 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. <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 epícrisis 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 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.</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>	
<p>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.</p>	
Para constancia se firma en	Vlupar a los 11 días del mes de 10 de 11
Firma del Solicitante	Firma Autorizada
	BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0
<p>Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00</p> <p>Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 60</p> <p>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.bbvacolombiasa@bbva.com.co</p> <p>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 ITP	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual	\$
Periodicidad	Vr Prima Total
	\$