

Amparos: Vida Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito <u>2023/09/22</u>	Oficina <u>Indomil</u>	Ciudad <u>Bogotá</u>
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	CC 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 <u>Carlos Julio Amarillo Cifuentes</u>	Identificación <u>79443859</u> Edad <u>55</u>
Dirección <u>Cra 36 ANF 56-61 Sur Tota 14 Apto 604</u>	Teléfono <u>3133759607</u> Ciudad <u>Bogotá</u>
Fecha de nacimiento <u>12-02-1968</u>	Genero <u>X</u> Ocupación/Profesión <u>Pensionado</u>

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)	
Estatura <u>170 cms</u>	Peso <u>72 kg</u>
¿En orden o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, EPOC, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufrir de alguna incapacidad física o mental?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

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)	
<p>Declaración de veracidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Soy consciente y estoy informado de que la información suministrada anteriormente trata como consecuencia a la nulidad del contrato de seguros y acentuando la responsabilidad de la información a cualquier información. Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Exoneradamente 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, Artículo 1068 del Código de Comercio. <p>Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autorizo el procesamiento y tratamiento de datos personales de conformidad con la Ley 58 de 2012 y nuestra política de tratamiento, la cual manifiesto que he sido informado de forma clara y precisa sobre los fines de su tratamiento. Declaro que como tal, me comprometo a 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 1551 de 2012. Consulte la política de actualización de 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. <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. <p>Declaración de fuente de recursos: Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, la cual es inconsistente en la información suministrada en esta solicitud, en la cual me comprometo a ser responsable. <p>Autorización para Solicitud de Historia Clínica: Con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos a los que se somete a la presente póliza y en desarrollo del artículo 34 Ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, médico tratante o compañía de seguros a la institución para suministrar a los beneficiarios los datos, a fin de conyugar, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., toda información que necesite sobre mis antecedentes o historial clínico, la presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llega 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 ASEGURADO PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.</p> </p></p>	

<p><u>Carlos J. Amarillo C.</u></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 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 <u>Bogotá</u> a los <u>23</u> días del mes de <u>Agosto</u> de <u>2023</u></p>	
---	--

<p><u>Carlos J. Amarillo C.</u></p> <p>Firma del Solicitante</p>	<p><u>[Firma]</u></p> <p>Firma Autorizada</p> <p>BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 0</p>
--	---

<p>Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 9 # 72 - 21, Piso 8 Teléfono 219 11 00</p> <p>Línea de Atención y Servicio al Cliente. Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80</p> <p>Defensor del Consumidor Financiero, Dr. Guillermo Enrique Dajud Fernández Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 Bogotá D.C. Teléfono 3438 180, e-mail: dece@bbva.com.co</p> <p>Somos Grupos Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA No practica retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 02126 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
Prima Mensual \$	Periodicidad	Vr Prima Total \$	Número de Obligación

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236201429630682021