

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

BBVA

Seguros

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente



M026300110236201589623727567

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
- VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde
		Vigencia hasta

Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos: <i>Mirya Leonor Ureche D'Amico</i>		Identificación: <i>22442034</i>	Edad: <i>66</i>
Dirección: <i>Calle 32 # 44-73</i>		Teléfono: <i>314 5224727</i>	Ciudad: <i>Santa Marta</i>
Fecha de nacimiento: <i>1954</i>	Genero: <i>F</i>	Ocupación/Profesión: <i>Docente pensionada</i>	

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)		
Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Información Adicional	
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: <i>Clínica del Norte</i>	
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas	

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura: <i>165</i> cms	Peso: <i>67</i> 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?			<i>X</i>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			<i>X</i>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			<i>X</i>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			<i>X</i>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			<i>X</i>

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:	

* 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.

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. 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.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

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. 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: 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"

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 episódios o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Mirya Ureche

Firma del Solicitante

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 del presente seguro.

Para constancia se firma en *Santa Marta* a los *23* días del mes de *Agosto* de *2021*

Mirya Ureche

Firma del Solicitante

[Firma Autorizada]

Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

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 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 (TP)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Prima Mensual	\$	Periodicidad		Vr. Prima Total	\$