

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito 2023 10 17	Oficina ec unico	Ciudad Barranquilla
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 Rosa Issa Manilla	Identificación 57414222 Edad 54
Dirección Cra 12 # 46-33	Teléfono 3145055677 Ciudad Soleidad
Fecha de nacimiento 06 09 1969	Genero X Ocupación/Profesión Docente

Información Adicional	
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: MediESP.	
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si ☐ No ☒ ¿Cuál?	

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)	
Estatura 169 cms	Peso 65 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?	
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?	
¿Sufrir 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)

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, 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.
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 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 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 conyuge, 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 formara parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO. "LA MORAL 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".

Rosa Elvira Issa Manilla

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 de aceptación del presente seguro.

Para constancia se firma en **Barranquilla**, a los **12** días del mes de **Septiembre** de **2023**

Rosa Elvira Issa Manilla

Firma del Solicitante

[Firma Autorizada]

Firma Autorizada

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

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Carrera 9 # 72 - 21, Piso 3 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 Dajud Fernández Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: delensona.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 ☐ No ☐	Valor A:
Prima Mensual \$	Periodicidad		

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236202709630614354