

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha de emisión: 23-08-2012	Código: 00000000	Ciudad: Barranquilla
Compañía: BBVA COLOMBIA S.A.	Código: 860.003.020-1	Vigencia: Vigencia

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

Datos del Asegurado	
Nombre: Ernesto Jesús De La Valle La Valle	Identificación: 1048207865
Calle: Calle 13A #19C-36	Ciudad: Barranquilla
Fecha de nacimiento: 27/12/1987	Ocupación: Docente Magisterio

Información Adicional
Nombre de la Póliza: Fomag
¿Existe alguna otra póliza de seguro complementaria? ☐ Si ☒ No

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236206209600214734

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)	
¿Existe alguna enfermedad o afección que haya sido tratada anteriormente?	☐ Si ☒ No
¿Existe alguna enfermedad o afección que haya sido tratada anteriormente?	☐ Si ☒ No
¿Existe alguna enfermedad o afección que haya sido tratada anteriormente?	☐ Si ☒ No
¿Existe alguna enfermedad o afección que haya sido tratada anteriormente?	☐ Si ☒ No
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:	

Beneficiarios del Seguro (Aplicar únicamente para créditos de vehículos)			
Nombres Completos	Identificación	Parentesco	% Participación

Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)	
Declaración de veracidad: Declaro que la información suministrada es verdadera y correcta, y que no he sido objeto de ninguna sanción o medida disciplinaria por parte de alguna entidad pública o privada. Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles: Autorizo el tratamiento de mis datos personales y sensibles para la gestión del seguro, de acuerdo con la política de tratamiento de datos de BBVA SEGUROS DE VIDA en www.bbvasseguros.com.co. Autorización de información: Autorizo a BBVA SEGUROS DE VIDA a proporcionar información sobre el seguro a las entidades financieras y comerciales que lo requieran. Declaración de fuente de recursos: Declaro que los recursos para el pago de la prima provienen de mi propia actividad económica o de mi patrimonio personal. Autorización para Solicitud de Historia Clínica: Autorizo a BBVA SEGUROS DE VIDA a solicitar y recibir la historia clínica de mi médico tratante para la evaluación de mi riesgo. TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO: El presente seguro se extingue automáticamente en caso de que el asegurado fallezca por causas naturales o accidentales, o por causas de muerte violenta, o por causas de muerte por enfermedad.	
<u>Ernesto De La Valle</u> Firma del Asegurado	

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.

Firma del Asegurado: <u>Ernesto De La Valle</u>	
Firma del Asegurado: <u>21</u>	
Firma del Asegurado: <u>21</u>	

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)	
Tipo de Seguro: Vida	Valor Asegurado: \$
Forma de Pago: Mensual	Forma de Pago: Mensual