

**BBVA**

Seguros

## SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236208499628115156

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

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

|                                                        |                           |                                  |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Fecha contabilización del crédito<br><b>2022 12 12</b> | Oficina<br><b>ONERO</b>   | Ciudad<br><b>MEDELLIN</b>        |
| Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.               | C.C. o NIT: 860.003.020-1 | Vigencia desde<br>Vigencia hasta |

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

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Datos del Asegurado</b>                                                                                                                                                                                             |                                                            |
| Nombres y Apellidos<br><b>DAVID HELI ARANGO QUINCHIA</b>                                                                                                                                                               | Identificación<br><b>2.670.065.321</b> Edad<br><b>69</b>   |
| Dirección<br><b>CALLE 14 # 40 A-269 APTD 411</b>                                                                                                                                                                       | Teléfono<br><b>3022662009</b> Ciudad<br><b>MEDELLIN</b>    |
| Fecha de nacimiento<br><b>MARZO 17/1953</b>                                                                                                                                                                            | Genero<br><b>X</b> Ocupación/Profesión<br><b>RESIONADO</b> |
| <b>Información Adicional</b>                                                                                                                                                                                           |                                                            |
| Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: <b>SURA EPS</b>                                                                                                                                                    |                                                            |
| ¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <b>COONEVA</b>                                                                              |                                                            |
| <b>Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)</b>                                                                                                                                                                 |                                                            |
| Estatura<br><b>1,65</b> cms                                                                                                                                                                                            | Peso<br><b>80</b> 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? |                                                            |
| ¿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
- Exposamente 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 1058 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](http://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 ep crisis o historias clínicas. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse

**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 OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".

*Jarango*

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](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://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 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.

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **9** días del mes de **DICIEMBRE** de **2022***Jarango*

Firma del Solicitante

*BBVA*

Firma Autorizada

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

Dirección para notificaciones BBVA Seguros Carrera 9 # 72 - 21, Piso 8 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 Dapud Fernández Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: [defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co](mailto: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 ITP                                               | Valor Asegurado      |
| %                                                    | %            | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Número de Obligación |
| Prima Mensual                                        | Periodicidad | Vr. Prima Total                                         |                      |
| \$                                                   |              | \$                                                      |                      |