



01164000576349

POLIZA SEGURO DE DESEMPLEO



M026300110259601164000576349

**SOLICITUD DE SEGURO CUOTA SEGURA PARA  
TRABAJADORES DEPENDIENTES**

**NOTA:** La presente solicitud de seguro debe estar diligenciada en su totalidad y firmada por el solicitante, sin tachones, borrones ni enmendaduras.

|                                                             |                                                                                    |                                                                                                     |                                            |                                                 |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Fecha de Solicitud</b>                                   | <b>Sucursal</b>                                                                    | <b>Ciudad</b>                                                                                       | <b>Nombre del Asesor</b>                   | <b>Código del Asesor</b>                        |
| 30 JUN 2024                                                 | Calle 97                                                                           | Bogotá                                                                                              | Luis David Ibarra M                        | C783829                                         |
| <b>Tomador/ Asegurado:</b><br>Dustin Nelson Jimenez Escobar |                                                                                    | <b>Tipo de Documento:</b><br>C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> |                                            | <b>Número ID:</b><br>1024581049                 |
| <b>Dirección:</b><br>C. J. A. F. 45. Soacha                 |                                                                                    | <b>Ciudad:</b><br>Bogotá                                                                            |                                            | <b>Teléfono Fijo y/o Celular:</b><br>3203500935 |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b><br>DB/10/2/1994                 | <b>Género:</b><br>F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Correo Electrónico:</b><br>dustin97_13@hotmail.com                                               |                                            | <b>Profesión:</b><br>Empleado                   |
| <b>Número de Obligación:</b><br>00130116009600133265        |                                                                                    |                                                                                                     | <b>Valor Cuota del Crédito:</b><br>337.000 |                                                 |

**Crédito a Cubrir**Crédito de Vehículo ☐ Crédito Hipotecario ☐ Crédito de Consumo ☒ Crédito de Libranza ☐Trabajador Dependiente: Sí ☒ NO ☐ Tipo de Contrato: Indefinido/ Fijo igual o mayor a seis meses Sí ☒ NO ☐**Amparos y Valores Asegurados****Prima**

| Amparos                                  | Valor Asegurado                               | Prima          |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|
| Desempleo para Trabajadores Dependientes | 6 cuotas del crédito hasta 5,000,000 cada una | Prima:         |
| Enfermedades Graves                      |                                               | IVA:           |
| Asistencia                               | Incluida                                      | Prima con IVA: |

**AUTORIZACIONES Y ACLARACIONES**

**Declaración Sincera y Exacta:** Declaro que las respuestas al cuestionario previsto en la presente solicitud son exactas y verdaderas. Asimismo, tengo conocimiento de mi obligación de 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 Origen de Recursos:** Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada 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.

**Declaración de Datos Sensibles:** 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 y para las finalidades indicadas en nuestra política de tratamiento que puede consultar en [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co)

**Autorización para Solicitud de Historia Clínica:** 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 la 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.

**Autorización Medio de Pago:** Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Crédito No. \_\_\_\_\_, o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

La póliza a la que accede la presente declaración, se renueva automáticamente a la finalización de la vigencia inicial y/o renovaciones. Si no quiere optar por esta opción por favor marque la siguiente casilla. ☒

**NOTA:** Tenga en cuenta que el seguro que está adquiriendo es de carácter voluntario y no es requisito para la toma de otros productos financieros, como también le asiste la posibilidad de solicitar su terminación en cualquier momento.

**Clausula de Beneficiario Oneroso Principal:** Se designa como beneficiario principal del valor de la indemnización del presente seguro como de los demás amparos contratados a: BBVA Colombia S.A. con el único y exclusivo fin de garantizarle el pago de una deuda a su cargo. En consecuencia, y de conformidad en el artículo 1146 del Código de comercio mientras subsista la deuda anterior con éste beneficiario, la póliza no podrá ser revocada o modificados sus beneficiarios o su valor asegurado, sin previo aviso por escrito al beneficiario oneroso.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

\*PARA PRESENTAR RECLAMACIÓN EL ASEGURADO DEBERÁ ACREDITAR HABER ESTADO EJERCIENDO ACTIVIDAD ECONÓMICA DURANTE AL MENOS 90 DÍAS PREVIOS A LA OCURRENCIA DEL EVENTO EL INICIO DE VIGENCIA DE SU COBERTURA SERÁ EL ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LA CUAL SERÁ ENVIADA UNA VEZ LA SOLICITUD DE SEGURO SEA ACEPTADA.

Firma y N° de Identidad del Solicitante:

1024581049



Seguros

## SOLICITUD DE SEGURO CUOTA SEGURA PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES

### INFORMACIÓN GENERAL

**Trabajador o Empleado Dependiente:** Es toda persona que mediante contrato de trabajo de acuerdo a la legislación laboral Colombiana preste a una compañía un servicio personal, remunerado y bajo su permanente dependencia o subordinación.

**Enfermedades Graves:** Aplica solamente para el primer diagnóstico de las siguientes enfermedades: Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Cáncer, Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de Órganos, y Esclerosis Múltiple, siempre y cuando este diagnóstico sea posterior al inicio de la cobertura de éste amparo.

**Período de Carenzia:** Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación será de 30 días.

**Periodo Activo Mínimo Después de un Siniestro:** Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación, para Desempleo deberá permanecer en ejercicio de la misma durante ciento ochenta (180) días consecutivos contados a partir del sexto (6) mes, en el que termina el pago de su última indemnización y para Enfermedades Graves esperar trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir del sexto (6) mes, en el que pagaron la última indemnización.

**Edades:** Edad Mínima de ingreso 18 años, máxima de Ingreso 78 años y 364 días y permanencia hasta los 90 años y 364 días.

**Cálculo de la Prima:** La prima corresponde a la multiplicación de la tasa por la cuota mensual del crédito.

**Tasa Aplicable Mensual sin IVA:** Créditos hipotecarios 6.1% y demás créditos 6.3%

Las condiciones de este seguro se encuentra disponibles en nuestra página web para consulta permanente:  
[www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co)

**CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ÉSTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO**

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL SOLICITANTE

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 9 # 72 - 21, Piso 8 Conmutador 091-2191100 Bogotá D.C.

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080

Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, fax 3438387, 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 artículo 21 de Decreto Reglamentario 2126 de 1983.