



**Amparos Vida, Incapacidad Total y Permanente**

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

Fecha contabilización del crédito 2021/07/01		Oficina Florencia		Ciudad Cartagena	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.		C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde 2021/07/01	Vigencia hasta Indefinidamente	
Datos del Asegurado					
Nombres y Apellidos HECTOR RAMIREZ JARAMA			Identificación 16.233.399	Edad 43	
Dirección Cll. 111 # 23-16			Teléfono 3116616318	Ciudad Cartagena	
Fecha de Egreso 2018-04-04		Genero M	Ocupación/Profesión Pensionado		

**Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)**

Beneficiarios del Seguro (en caso de fallecimiento por causas de trabajo)		
Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

### Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si ☐ No ☐ ¿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)

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)		Si	No
Estatura <b>1.72</b> cms	Peso <b>71</b> Kg		
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?			X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

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 válida.

Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera por lo menos una vez al año o cada vez que se produzca un cambio en la información. LA S.A. de Inversión y Fomento de Colombia S.A. entregará los soportes y documentos correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre minoría de edad. Si 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, y que, en consecuencia, derivada de la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas dadas son veraces, ciertas y verídicas y que, en cualquier caso, si existen inexactitudes o reticencias 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 de la póliza de seguro que se expidan en fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para eximir el pago de la prima devengada y los intereses por haberse producido la "exposición del contrato"

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981 autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía o de seguros familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o enfermedades, para ser utilizada en el presente contrato de seguro con la finalidad de determinar los riesgos a cubrir por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y/o compañías de seguros familiares o de seguros de vida, así como para transferirlos designados a mí o a mi familia o a mis herederos, sin perjuicio de la responsabilidad de la ocurrencia de alguno de los riesgos.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas [www.bcvaseguros.com](http://www.bcvaseguros.com) y [www.bcv.com.mx](http://www.bcv.com.mx).

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 Quetzaltenango a los 01 días del mes de Julio de 2021

Firma del Sr<sup>a</sup> citante

Firma Autorizada

Dirección para notificaciones: BEVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 5 Torre A Piso 15 Bogotá 03191100

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 01800 09340. O y + Bogotá: +57 80 80

Defensor del Consumidor Financiero, Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 er Bogotá D.C. Teléfono 3438 8111 mail: dcf@bbva.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA No practicar retenciones

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)			
Tasa	%	Extra Prima	%
Prima Mensual	\$	Periodicidad	

**SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO**

M026300105180602599623203155

VIGILADO  
379 LERATTECHNICA PIAZZOLA  
Aut. Min. San. 08/06/2010[illegible]