

Fecha: 25 07 2023	Sucursal: Av Sexta	Ciudad: Cúcuta
Tomador/Beneficiario: 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 y Apellidos: Wilson Rodriguez Leal	Identificación: 88262310
Dirección: Al 16 # 36 73 Girasoles	Teléfono: 304 5914 841
Fecha de Nacimiento: 15 10 1982	Edad: 39
Ocupación: Policía	Correo electrónico: wilson.rodriguez2310@Correo.Policia.gov.co
Coberturas	Valor Asegurado
Vida	Saldo Insoluto de la deuda:
Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización	Saldo Insoluto de la deuda
Asistencia Apoyo en Casa	Incluido
Forma de Pago: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Prima anual: \$
Nombre del Asegurado: Nathalia Ortiz	Código Asesor: C809553

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)*				
¿Ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro.				
Año	Ramo	Compañía	Valor	Reclamación

Por favor responda las siguientes preguntas respecto a su estado de salud:				
Estatura: 1.71	Peso: 80	SI	NO	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de trabajo o de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			✓	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			✓	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			✓	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			X	
¿Ha padecido alguna enfermedad que le haya causado la pérdida de la capacidad de realizar sus actividades habituales?			X	

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

*Soy consciente y he sido informado de 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.

Nombre de la E.P.S. (si no se aplica, indicar "Sin E.P.S.")	Tiene medicina prepagada o plan complementario	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuál?
Sanidad Policía			

Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)

Declaración de veracidad: Yo, el/la asegurado/a, declaro que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, y que no he sido informado/a de ninguna inconsistencia en la información suministrada anteriormente.

Autorización tratamiento de datos y declaración de datos sensibles: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. el uso de mis datos personales para la gestión del seguro y para la prestación de servicios.

Autorización de información: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a solicitar y recibir información de terceros para la gestión del seguro.

Declaración de fuente de recursos: Declaro que los recursos para el pago de la prima del seguro provienen de mi propio patrimonio o de los recursos de mi familia.

Autorización para solicitud de historia clínica: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a solicitar y recibir información de terceros para la gestión del seguro.

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 OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".

Clausula de Renovación: Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. a renovar el seguro por los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

Para constancia se firma en Cúcuta a los 25 días del mes de Julio de 2023.

Clausula de Beneficiario Oneroso (Endosos): Poliza con Endoso: Si ☐ No ☒ Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro.

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencie 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 Cúcuta a los 25 días del mes de Julio de 2023.

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.

Vigencia: Vigencia

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236203219602420737