

18. Seguro de vida. - póliza

**CONDICIONES GENERALES SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**  
**PÓLIZA VIDA GRUPO N°0110043**

**AMPAROS**

**VIDA**

CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA INCLUYENDO EL SUICIDIO Y EL HOMICIDIO, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN**

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACIÓN HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACIÓN, FORMACIÓN O EXPERIENCIA. DICHA INCAPACIDAD SE CONSIDERA SIEMPRE Y CUANDO HAYA PERSISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO INFERIOR A CIENTO VEINTE (120) DÍAS, LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DETERMINADA POR LA JUNTA CALIFICADORA SEA SUPERIOR AL 75% Y NO HAYA SIDO PROVOCADA ASI MISMO POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE CONSIDERARÁ COMO TAL LA PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR AMBOS OJOS, LA PÉRDIDA DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE; LA PÉRDIDA DE TODA UNA MANO O DE TODO UN PIE JUNTO CON LA VISIÓN POR UN OJO; LA PÉRDIDA DEL HABLA O DE LA AUDICIÓN.

**DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN**

DENTRO DE ESTE AMPARO SE CONSIDERÁN LAS SIGUIENTES PÉRDIDAS PARCIALES CON BASE EN EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO:

- |   |     |
|---|-----|
| A. POR PÉRDIDA DE UNA MANO                  | 60% |
| B. POR PERDIDA DE UN PIE                    | 60% |
| C. POR PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN DE UN OJO | 60% |

PÉRDIDA, CONFORME SE EMPLEA EN ESTE ANEXO, SIGNIFICA RESPECTO DE:

- a. MANOS: INUTILIZACIÓN O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRURGICA POR LA MUÑECA PARTE PROXIMAL DE ELLA.
- b. PIES: INUTILIZACIÓN O AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRURGICA POR EL TOBILLO O PARTE PROXIMAL DE EL.
- c. VISIÓN: PÉRDIDA TOTAL O IRREPARABLE DE LA VISIÓN
- d. AUDICIÓN: PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA AUDICIÓN DE AMBOS OÍDOS.
- e. HABLA: PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA

"INUTILIZACIÓN" SIGNIFICA: PÉRDIDA FUNCIONAL TOTAL.

EN NINGÚN CASO LA INDEMNIZACIÓN ACUMULADA POR LOS BENEFICIOS DEL PRESENTE ANEXO, PODRÁ SER SUPERIOR AL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

**CONVERTIBILIDAD**

EL DERECHO DE CONVERSIÓN PREVISTO EN LA PÓLIZA NO ES APLICABLE A ESTE ANEXO.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

**AMPARO**

SALVO LAS EXCLUSIONES QUE SE INDICAN MÁS ADELANTE, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, MENOR DE 70 AÑOS, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD, QUE LE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE DE MANERA TEMPORAL Y POR NO MENOS DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS, LE IMPIDAN DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LAS CUALES DERIVA SU SUSTENTO O GANANCIA.

DICHA INCAPACIDAD, QUE NO DEBE HABER SIDO PROVOCADA INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO, DEBERÁ SER CERTIFICADA POR ESCRITO, POR EL (LOS) MÉDICOS DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E. P. S.) A LA CUAL SE ENCUENTRA ADSCRITO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO PARA TAL EFECTO EN LA LEY 100 DE 1993 Y LOS DECRETOS QUE LA REGLAMENTAN O ADICIONAN.

EN EL EVENTO DE NO ENCONTRARSE AFILIADO A NINGUNA E. P. S. O SER BENEFICIARIO DE UN AFILIADO, LA INCAPACIDAD DEBERÁ SER CERTIFICADA POR EL MÉDICO TRATANTE Y REMITIDA A LA ASEGURADORA CON LA RESPECTIVA HISTORIA CLÍNICA PARA SER VALIDADA POR LOS MÉDICOS ADSCRITOS A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S. A.

LA ASEGURADORA RECONOCERÁ AL BANCO EL VALOR DE LAS CUOTAS MENSUALES CORRIENTES DEL CRÉDITO, MIENTRAS EL DEUDOR SE ENCUENTRE INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y TEMPORALMENTE, HASTA POR UN PERIODO NO MAYOR DE SEIS (6) MESES POR AÑO DE VIGENCIA.

LA INDEMNIZACIÓN POR LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, SE PAGARÁ AL VENCIMIENTO DE CADA MES MIENTRAS DURE LA INCAPACIDAD AMPARADA POR ESTE ANEXO.

ANTES DE EFECTUARSE CUALQUIER PAGO MENSUAL, EL ASEGURADO DEBERÁ COMPROBAR, A SATISFACCIÓN DE LA COMPAÑÍA, LA SUBSISTENCIA DE TAL INCAPACIDAD.

**EXCLUSIONES**

1. LESIONES CAUSADAS ASI MISMO POR EL ASEGURADO, YA SEA QUE SE ENCUENTRE EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
2. LESIONES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE O AQUELLAS PRODUCIDAS POR EXPLOSIVOS.

3. ENFERMEDADES PSIQUICAS O MENTALES DEL SEGURO, CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADOS POR ESTE SEGURO, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIÓGENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).
4. ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, CONMOCIÓN INTERIOR, ASONADA, ACTOS TERRORISTAS, HUELGA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL.
5. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES, EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.
6. EL USO DE CUALQUIER NAVE AÉREA EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.
7. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.
8. TERREMOTOS, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, MAREJADAS O CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.
9. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS, DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
10. CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO.

#### IRREDUCTIVIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

#### INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal b.

#### CAUSALES DE TERMINACIÓN

1. Por extinción total de la obligación.
2. Por muerte o incapacidad total y permanente del deudor.



20.

BBVA Seguros

Anexo 1

BBVA

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL										
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES							PÓLIZA No. 0110043			
AMPAROS: VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL										
FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL				CIUDAD			
AÑO	MES	DÍA	C.H. CALI				CALI			
2011	08	30	VIGENCIA							
TOMADOR BENEFICIARIO BBVA COLOMBIA		NIT 860.003.020-1		DESDE		HASTA		A LAS 24 HORAS		
				AÑO 2011 MES 08 DÍA 30		FIN CREDITO				
DATOS DEL ASEGURADO										
NOMBRES Y APELLIDOS EVANGELISTA HURTADO MESA						IDENTIFICACIÓN C.C. O NIT 000000004679526 1				
FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES	DÍA	EDAD	SEXO				
		1953	12	31	057	M				
DIRECCIÓN					TELÉFONO		CIUDAD			
CRA CARRERA 012 A 013 020 BARRIO LI					000311-3399170		POPAYAN			
PROFESIÓN					OCUPACIÓN					
EDUCADOR					EDUCADOR					
TASA	PRIMA	ANEXOS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.		Valor de la Obligación (Valor Asegurado)				
12.155	EXTRA	Si No		00130746009600165265		\$85,000,000.0				
POR MIL	%									
PRIMA ANUAL					PRIMA PERIÓDICA					
\$1,033,175.00					PERIODICIDAD		VALOR PRIMA			
					MENSUAL		\$86,098.00			
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD										
(TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO EN FORMA CLARA, SIN USAR RAYAS NI COMILLAS)										
ESTATURA:	185		Cms. PESO		100		Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA		Cominota.	
FUMA?	SI	NO	CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE							
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?								SI	NO	
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?									X	
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?									X	
TRANSTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS									X	
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO									X	
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO									X	
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA									X	
ENFERMEDADES DEL RAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS									X	
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN									X	
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULO-PRÓSTATA-TESTÍCULOS									X	
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO									X	
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO									X	
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS									X	
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE									X	
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?									X	
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? Caso positivo indique el resultado.									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:										



27

BBVA Seguros

Anexo 1

BBVA

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL									
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES									
PÓLIZA No. 0110043									
AMPAROS: VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL									
FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL				CIUDAD		
AÑO	MES	DÍA	C.H. CALI				CALI		
2011	08	30							
TOMADOR BENEFICIARIO BBVA COLOMBIA			NIT 860.003.020-1		VIGENCIA		A LAS 24 HORAS		
			DESDE		HASTA				
			AÑO 2011 MES 08 DÍA 30		FIN CREDITO				
DATOS DEL ASEGURADO									
NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACIÓN C.C O MIT			
EVANGELISTA HURTADO MESA						000000004679526 1			
FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES	DÍA	EDAD	SEXO			
		1953	12	31	057	M			
DIRECCIÓN			TELÉFONO			CIUDAD			
CRA CARRERA 012 A 013			020 BARRIO LI			000311-3399170		POPAYAN	
PROFESIÓN					OCUPACIÓN				
EDUCADOR					EDUCADOR				
TASA	PRIMA	ANEXOS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.		Valor de la Obligación (Valor Asegurado)			
12.155	EXTRA								
FOR MIL	%	Si	No						
				00130746009600165265		\$85,000,000.0			
PRIMA ANUAL					PRIMA PERIÓDICA				
					PERIODICIDAD		VALOR PRIMA		
\$1,033,175.00					MENSUAL		\$86,098.00		
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD									
(TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO EN FORMA CLARA, SIN USAR RAYAS NI COMILLAS)									
ESTATURA:	185	Cms. PESO		100	Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA		Caminata.		
FUMA?	SI	NO	CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE						
								SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?									X
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?									X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?									
TRANSTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS									X
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO									X
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO									X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA									X
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS									X
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN									X
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS									X
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO									X
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO									X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS									X
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE									X
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?									
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA?									X
Caso positivo indique el resultado.									
¿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:									

## hoja 2 anexo 1

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

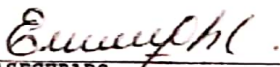
Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

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 o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

"Autorizo de manera permanente e irrevocable a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a sus filiales, subsidiarias y subordinadas que existan o que se constituyan en el futuro, a su matriz y a las filiales, subsidiarias y subordinadas de la matriz que existan o que se constituyan en el futuro o a quien represente sus derechos para consultar cualquier base de datos que contenga información sobre mis antecedentes comerciales y financieros, así como reportar, procesar, conservar, solicitar, compartir, actualizar y divulgar dicha información con fines estadísticos, de control, supervisión, encuestas, muestreos, pruebas de mercadeo y de información comercial. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y/o cualquiera de las entidades arriba citadas quedan autorizadas para suministrar información a sus filiales, subsidiarias y vinculadas; a su casa matriz, así como a las filiales, subsidiarias y vinculadas de ésta, en Colombia o en el exterior, contratistas y/o terceras personas con las cuales BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. establezca relaciones comerciales o contractuales, siempre que tales compañías almacenen, archiven, utilicen y guarden la confidencialidad de la información de acuerdo con las políticas internas de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA y de la ley."

"TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO" ART. 1068 CÓDIGO DE COMERCIO.

Para constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

  
ASEGURADO

  
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 11 Nro. 87-51 Piso 6  
Tel. 2191100 Fax. 6406883 Exts. 1139, 1126, 1226, 1118

ORIGINAL CLIENTE - COPIA 1 BANCO - COPIA 2 ASEGURADORA