

TOMADOR: BBVA NIT. 860.003.020-1

Con base en la información abajo suministrada y en los requisitos de asegurabilidad presentados solicito mi inclusión como asegurado de la Póliza de Vida Grupo bajo los amparos de Vida, Incapacidad Total y Permanente, Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, Asistencia en Viajes contratada por el BBVA exclusivamente para sus clientes. Así mismo autorizo cargar a mi cuenta el valor de la prima de acuerdo con la periodicidad de pago elegida y la renovación automática del seguro.

☐ Cuenta Corriente	Número	0 0 1 3 0	0 0 0 1 0 0
☐ Cuenta de Ahorros	Número	0 0 1 3 0	1 2 6 0 0 0 2 0 0 2 8 8 6 0 4
☐ Tarjeta de Crédito	Número		

Sucursal:

Código:

PRIMAS DE ACUERDO CON LA FORMA DE PAGO DESEADA

EDAD	VALOR ASEGURADO									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
PRIMAS MENSUALES										
DE 18 a 24	P.T.	16.000	23.500	31.000	38.500	46.000	53.500	61.000	68.500	76.000
DE 25 a 30	P.T.	16.400	24.100	31.800	39.500	47.200	54.900	62.600	70.300	78.000
DE 31 a 35	P.T.	17.000	25.000	33.000	41.000	49.000	57.000	65.000	73.000	81.000
DE 36 a 40	P.T.	17.400	25.600	33.800	42.000	50.200	58.400	66.600	74.800	83.000
DE 41 a 45	P.T.	18.800	27.700	36.600	45.500	54.400	63.300	72.200	81.100	90.000
DE 46 a 50	P.T.	24.200	35.800	47.400	59.000	70.600	82.200	93.800	105.400	117.000
DE 51 a 55	P.T.	17.700	34.400	51.100	67.800	84.500	101.200	117.900	134.600	151.300
DE 56 a 60	P.T.	21.000	41.000	61.000	81.000	101.000	121.000	141.000	161.000	181.000
DE 61 a 65	P.T.	28.800	56.600	84.400	112.200	140.000	167.800	195.600	223.400	251.200
DE 65 a 70	P.T.	45.700	90.400	135.100	179.800	224.500	269.200	313.900	358.600	403.300

P.T.= Primas Inferiores a \$ 15.000/mes el sistema las asume con forma de pago trimestral

EDAD	VALOR ASEGURADO									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
PRIMAS SEMESTRALES										
DE 18 a 24	48.400	90.800	133.200	175.600	218.000	260.400	302.800	345.200	387.600	430.000
DE 25 a 30	49.700	93.400	137.100	180.800	224.500	268.200	311.900	355.600	399.300	443.000
DE 31 a 35	51.100	96.200	141.300	186.400	231.500	276.600	321.700	366.800	411.900	457.000
DE 36 a 40	52.600	99.200	145.800	192.400	239.000	285.600	332.200	378.800	425.400	472.000
DE 41 a 45	56.500	107.000	157.500	208.000	258.500	309.000	359.500	410.000	460.500	511.000
DE 46 a 50	71.800	137.600	203.400	269.200	335.000	400.800	466.600	532.400	598.200	664.000
DE 51 a 55	100.700	195.400	290.100	384.800	479.500	574.200	668.900	763.600	858.300	953.000
DE 56 a 60	119.600	233.200	346.800	460.400	574.000	687.600	801.200	914.800	1.028.400	1.142.000
DE 61 a 65	163.500	321.000	478.500	636.000	793.500	951.000	1.108.500	1.266.000	1.423.500	1.581.000
DE 65 a 70	259.400	512.800	766.200	1.019.600	1.273.000	1.526.400	1.779.800	2.033.200	2.286.600	2.540.000

EDAD	VALOR ASEGURADO									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
PRIMAS TRIMESTRALES										
DE 18 a 24	24.600	46.200	67.800	89.400	111.000	132.600	154.200	175.800	197.400	219.000
DE 25 a 30	25.300	47.600	69.900	92.200	114.500	136.800	159.100	181.400	203.700	226.000
DE 31 a 35	26.000	49.000	72.000	95.000	118.000	141.000	164.000	187.000	210.000	233.000
DE 36 a 40	26.700	50.400	74.100	97.800	121.500	145.200	168.900	192.600	216.300	240.000
DE 41 a 45	28.800	54.600	80.400	106.200	132.000	157.800	183.600	209.400	235.200	261.000
DE 46 a 50	36.500	70.000	103.500	137.000	170.500	204.000	237.500	271.000	304.500	338.000
DE 51 a 55	51.200	99.400	147.600	195.800	244.000	292.200	340.400	388.600	436.800	485.000
DE 56 a 60	60.900	118.800	176.700	234.600	292.500	350.400	408.300	466.200	524.100	582.000
DE 61 a 65	83.300	163.600	243.900	324.200	404.500	484.800	565.100	645.400	725.700	806.000
DE 65 a 70	132.100	261.200	390.300	519.400	648.500	777.600	906.700	1.035.800	1.164.900	1.294.000

EDAD	VALOR ASEGURADO									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
PRIMAS ANUALES										
DE 18 a 24	93.600	175.200	256.800	338.400	420.000	501.600	583.200	664.800	746.400	828.000
DE 25 a 30	95.900	179.800	263.700	347.600	431.500	515.400	599.300	683.200	767.100	851.000
DE 31 a 35	98.800	185.600	272.400	359.200	446.000	532.800	619.600	706.400	793.200	880.000
DE 36 a 40	101.600	191.200	280.800	370.400	460.000	549.600	639.200	728.800	818.400	908.000
DE 41 a 45	109.200	206.400	303.600	400.800	498.000	595.200	692.400	789.600	886.800	984.000
DE 46 a 50	138.500	265.000	391.500	518.000	644.500	771.000	897.500	1.024.000	1.150.500	1.277.000
DE 51 a 55	194.000	376.000	558.000	740.000	922.000	1.104.000	1.286.000	1.468.000	1.650.000	1.832.000
DE 56 a 60	230.500	449.000	667.500	886.000	1.104.500	1.323.000	1.541.500	1.760.000	1.978.500	2.197.000
DE 61 a 65	314.900	617.800	920.700	1.223.600	1.526.500	1.829.400	2.132.300	2.435.200	2.738.100	3.041.000
DE 65 a 70	499.300	986.600	1.473.900	1.961.200	2.448.500	2.935.800	3.423.100	3.910.400	4.397.700	4.885.000

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS				CÉDULA			
JOSE Alvaro Bustos Bustos				6648473.			
DIRECCIÓN				CIUDAD		TELÉFONO	
Mitú Vaupes, Barrio centro B.				Mitú		314360689	
PESO (Kg)	ESTATURA (cm)	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA	FORMA DE PAGO			
97	1.80	10.000.000		M T S A			
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	ACTIVIDAD	PROFESIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	
07	09	1966		empleado		congreso	

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%
Mari Habel Martinez Quin	esposa	20
Alvaro esteven Bustos Martinez	Hijo	20
Darwin jairo Bustos Martinez	Hijo	20
Roger Andres Bustos Martinez	Hijo	20
Alvaro Bustos	Padre	20

OBSERVACIONES:

En constancia se firma la presente solicitud en la ciudad de _____ a los _____ días del mes _____ de _____

SOLICITANTE
C.C.

SOLICITANTE

GESTOR BBVA
CÓDIGO GESTOR

FORMA V073-0411-1

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

(TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO EN FORMA CLARA, SIN USAR RAYAS NI COMILLAS)

ESTATURA: 1.80 Cms. PESO: 97 Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA: _____¿FUMA? SI _____ NO ☒ ¿CUÁNTOS FUMA DIARIAMENTE? _____

	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?		☒
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?		☒
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?	SI	NO
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS		☒
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO?		☒
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO?		☒
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA?		☒
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS, O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS		☒
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR		☒
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO		☒
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO		☒
ENFERMEDADES RENALES, CÁLCULOS, PRÓSTATA, TESTÍCULOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITO URINARIO		☒
ENFERMEDADES EN OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS		☒
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE		☒
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?		☒
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?		☒

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO, RESULTADO, ESTADO ACTUAL Y FECHAS DE OCURRENCIA:

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.

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 epicrisis 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 a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. para consultar bases de datos de seguros de personas y cualquier base de datos que contenga información sobre mis antecedentes comerciales y financieros, igualmente autorizo a reportarme a estas bases de datos en caso de ser necesario.

Nota: El asegurado se obliga a mantener vigente la póliza durante cada periodicidad de pago que haya elegido en esta solicitud de Seguro de Vida Grupo, sin embargo el asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro, mediante comunicación escrita a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. enviada con no menos de treinta días comunes de antelación a la fecha de iniciación del nuevo periodo de pago, fecha a partir de la cual se entenderá revocado el contrato de seguro.

FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C.

