

BBVA

Seguros

SEGURO FAMILIA VITAL



M026300110257705984002415915

SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL

NOTA: La presente solicitud de seguro debe estar acompañada de los documentos y formularios requeridos, sin enmendaduras.

| | | | | | |
|---|-----------------------------------|---|-------|--------------------------|--------------------------|
| Fecha de Solicitud 2022-03-03 | Sucursal Bancaria Mocca | Ciudad Mocca | | | |
| Tomador: Alexis Torres Muñoz | | C.C. o NIT: 1124857975 | | | |
| Dirección: VI El Paraíso | Ciudad Mocca | Teléfono: 3174425109 | | | |
| Asegurado: Alexis Torres Muñoz | Ciudad Mocca | C.C. o NIT: 1124857975 | | | |
| Dirección: VI El Paraíso | Ciudad Mocca | Teléfono: 3174425109 | | | |
| Profesión: Auxiliar de Cartera | Género F | Fecha de Nacimiento: 02-06-12 | | | |
| Correo Electrónico: Alexis-torres31@hotmail.com | Edad: 29 | Valor Asegurado Vida: \$ 30.000.000 | | | |
| Amparos | | Valor Asegurado | | | |
| Vida Básico | | 100% del Amparo de Vida | | | |
| Incapacidad Total y Permanente, Desmembración e Inutilización | | 100% del Amparo de Vida | | | |
| Enfermedades Graves | | 50% del Amparo de Vida | | | |
| Asistencia Médica Domiciliaria | | Incluido | | | |
| Periodicidad pago prima: Mensual <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Prima anual \$ 314.400 | | Prima periódica \$ 26.200 | | | |
| Nombre Asesor: Andrea Meza | | Código Asesor C341758 | | | |
| Beneficiarios del Asegurado | | | | | |
| Nombres completos | | | | | |
| Sebastian Alexander Torres Buesquillo | | Parentesco Hijo | | | |
| Marta Celyt Muñoz Cardona | | % Participación 50 % | | | |
| Jose Ignacio Torres Trujillo | | Madre | | | |
| Jose Ignacio Torres Trujillo | | Papa | | | |
| Información sobre reclamación en Seguros (Conocimiento del Cliente) | | | | | |
| ¿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 | Ramio | Compartía | Valor | Reclamación | Indemnización |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaración de asegurabilidad

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Rénales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud?

Si ☐ No ☒ Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a 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. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, 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 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.

Artículo 1058 del Código de Comercio. 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".

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 información que posea sobre mi salud y/o epícrisis 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.

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros o Tarjeta de Crédito No. **598-255131** 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.

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza: Si ☒ No ☐
Edad mínima de Ingreso: 18 años. Edad máxima de Ingreso: Un día antes de cumplir 65 años. Permanencia: Hasta un día antes de cumplir 70 años.
Para las Coberturas de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración e Inutilización y Enfermedades Graves, la Edad máxima de Ingreso y Permanencia será hasta un día antes de cumplir 65 años.

Firma del Solicitante

El cliente con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las paginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencie personalmente 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.

Como constancia se aprueba / firma en la ciudad de **Mocca** el **03** del mes de **Marzo** de **2022**

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Nit. 800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 2191100

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

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

OTAPRES 017 000 0001