



M026300110257707034000932558

Nit 800 226 098-4

<b>Datos del cliente</b>			
Lugar y fecha <b>Pereira 16/01/2019</b>		Sucursal <b>Pereira</b>	
Cliente <b>William Quiceno Quiceno</b>	CC o Nit <b>10088302</b>	Fecha de nacimiento <b>27 Ene 1957</b>	Género <b>M</b>
Edad <b>61</b>	E-mail <b>Maggyquiceno@gmail.com</b>	Dirección <b>Alvarania 47 casa 3 cuba 2500</b>	
Ciudad <b>Pereira</b>	Teléfono <b>3145562366</b>	Departamento <b>Risavaldia</b>	Ocupación <b>hogar</b>
Valor Asegurado \$		Periodicidad de pago:	

<b>Amparos</b>	<b>Valor Asegurado</b>
Vida Básico	
Incapacidad Total y Permanente, Desmembración e inutilización	
Indemnización Adicional por Muerte Accidental en Transporte Público	
Renta Mensual por Hosp. en caso de Incapacidad Total y Permanente por Accidente	
Asistencia Orientación Telefónica Escolar	Incluido
Asistencia Médica Integral	Incluido
Medio de Pago:	Prima Anual: Prima Periódica:
Nombre del Asesor:	Código Asesor:

<b>Beneficiarios del Asegurado</b>		
Nombres completos	Parentesco	% Participación
<b>Diader Quiceno Rodriguez</b>	<b>HIJO</b>	<b>100%</b>

**Información sobre reclamación en Seguros (Conocimiento del Cliente)**¿Ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? Si ☐ No ☐

Año	Ramo	Compañía	Valor	Reclamación	Indemnización
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el cuadro anterior

**No firme esta solicitud sin leer este texto****Declaración de asegurabilidad seguro de vida familia vital individual**

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, Infecciones), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-quirúrgicas, Hematológicas, Transplantes 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.**

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, 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.

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 1068 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." Persona jurídica Gran Contribuyente según Res. 7714 16/12/1996 Retenedores de ICA e IVA. No practicar retención en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

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.

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 episodios 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 al BBVA COLOMBIAS A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No \_\_\_\_\_, 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. **Solicito a BBVA Seguros renovar automáticamente a su vencimiento, la presente póliza, salvo que medie instrucción expresa en contrario.**

Firma del Solicitante

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

**Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé 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.**

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de **Pereira** el **16** del mes de **Enero** de **2019**

Vigencia de la cotización 15 días calendario

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

BBVA Seguros Colombia S.A. NIT 800 226 098-4

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Colombia S.A. Carrera 15 No. 95-65 Teléfono 2191100

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018888934020 y en Bogotá 3078080

Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-121 Piso 6 En Bogotá D.C. Teléfono 343 8385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

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.

JUL 2019

Francisco