

BBVA Seguros

NIT. 800.226.098-4

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236201589617136849

NIT. 800.003.020 - 1

Solicitud/ Certificado Individual
Seguro de Vida Grupo Deudores Póliza No. 0110043

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o inutilización

Fecha contabilización del crédito		Oficina		Ciudad	
Tomador / beneficiario					
NIT					
Vigencia desde			Vigencia hasta		
Nombres y Apellidos					
Identificación		Edad			
12.12.33		56 años			
Dirección		Teléfono		Ciudad	
1100 23 # 20-27		310 38 96 50		Uguitubá	
Fecha de nacimiento		Sexo		Ocupación/profesión	
1953 / 04 / 22		M		Pete de Operaciones	
DATOS DEL SEGURO					
Tasa	Extra Prima	Anexo Itp	Valor Asegurado		
Prima Mensual		Periodicidad		Vr. Prima Total	
5					

BENEFICIARIOS		Parentesco	% participación
Nombre e identificación			

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Edad	1-1	Peso	70	Fuma	X	Cuántos cigarrillos diarios?	
Depositos que practica							
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?							X
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?							X
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTICOLÍLICO O POR DROGADICCIÓN?							X
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?							X
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ORGANOS?							X
TRASTORNOS MENTALES O PSICOMÁTRICOS							X
PARÁLISIS, EPILPSIA, VERTIGOS, TEMBLOR, DOLOR DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO							X
BOCOTO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO							X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA							X
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS							X
DOLORES EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN							X
ENFERMEDADES RENALES, CÁLCULOS, PRÓSTATA, TESTÍCULOS							X
TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO							X
ULCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO							X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS							X
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE							X
SI ES MUJER ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SEÑOS, MAMAS, OVARIOS?							N/A
¿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:

NO FIRME ESTA SOLICITUD SIN LEER ESTE TEXTO

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 sopites y documentos correspondientes.

Declaro que no recibo, no prometo de actividad alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada 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 1038 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 respondo 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 1766 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.

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO ONEROSO (ENDOSOS): Se designa como beneficiario principal del valor de la indemnización del presente seguro de vida como de los demás amparos contratados a BBVA COLOMBIA S.A., con el único y exclusivo fin de garantizarle el pago de una deuda a su cargo. En consecuencia, y de conformidad con el artículo 1146 del Código de Comercio, mientras subsista la deuda anterior con dicho beneficiario, la póliza no podrá ser revocada o modificados sus beneficiarios o su valor asegurado, sin previo aviso por escrito al beneficiario principal y autorización del mismo. Si se llega a causar el derecho de indemnización pactada en el presente seguro, cuando la deuda a cargo del asegurado y a favor del beneficiario anteriormente designado se hubiere extinguido o disminuido por cualquier causa, será beneficiario sustituto por el saldo del seguro. LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY. La presente póliza permite ser cedida o endosada en caso de titularización de cartera.

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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

El contrato 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 DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Vipax el 26 de 06 de 19

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 800.226.098-4

Entrega para nominaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 1a No. 55 - 60. Teléfono 2191100

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea gratuita 0 800 093 020 y en Bogotá 3378289

Oficina del Consumidor Financiero: Carrera 6 No. 72-1 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 2438335 e-mail: consumidor@bbva.com.co

noviembre 2016