

**BBVA**

Seguros

SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM



M026300110258009384003089932

SOLICITUD VIDA INTEGRAL PREMIUM

NOTA: La presente solicitud de seguro debe estar diligenciada en su totalidad y firmada por el solicitante, sin tachones, borrones ni enmendaduras.

Fecha de Solicitud: 2023-07-27	Sucursal Bancaria: Valledupar	Ciudad: Valledupar														
Nombre completo: Maria Francisca Perpinan Sarmiento		C.C. o NIT: 49.730.440														
Dirección: H2 H casa 4B Bulvar del Rosario	Ciudad: Valledupar	Teléfono: 3167880145														
Asignado: Maria Francisca Perpinan Sarmiento		C.C. o NIT: 49.730.440														
Dirección: H2 H casa 4B Bulvar del Rosario	Ciudad: Valledupar	Teléfono: 3167880145														
Profesión: Docente	Género: X	Fecha de Nacimiento: 61/10/18														
Correo Electrónico: MariaPepi37@gmail.com	Características del seguro	Edad: 61														
Valor Asegurado Básico \$																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Amparos</th> <th>Valor Asegurado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vida (Muerte natural o accidental)</td> <td>100% del Valor Básico</td> </tr> <tr> <td>Incapacidad Total y Permanente</td> <td>100% del Valor Básico</td> </tr> <tr> <td>Doble Indemnización por Muerte Accidental</td> <td>100% del Valor Básico</td> </tr> <tr> <td>Enfermedades Graves (Pago Anticipado)</td> <td>60% del Valor Básico</td> </tr> <tr> <td>Triple Indemnización por Muerte Accidental</td> <td>100% del Valor Básico</td> </tr> <tr> <td>Asistencia en Viaje Internacional</td> <td>Incluido</td> </tr> </tbody> </table>			Amparos	Valor Asegurado	Vida (Muerte natural o accidental)	100% del Valor Básico	Incapacidad Total y Permanente	100% del Valor Básico	Doble Indemnización por Muerte Accidental	100% del Valor Básico	Enfermedades Graves (Pago Anticipado)	60% del Valor Básico	Triple Indemnización por Muerte Accidental	100% del Valor Básico	Asistencia en Viaje Internacional	Incluido
Amparos	Valor Asegurado															
Vida (Muerte natural o accidental)	100% del Valor Básico															
Incapacidad Total y Permanente	100% del Valor Básico															
Doble Indemnización por Muerte Accidental	100% del Valor Básico															
Enfermedades Graves (Pago Anticipado)	60% del Valor Básico															
Triple Indemnización por Muerte Accidental	100% del Valor Básico															
Asistencia en Viaje Internacional	Incluido															
Periodicidad pago prima: Mensual <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Prima anual \$	Prima periódica \$														
Nombre Asesor: Sindy Gonzalez Quintero	Código Asesor: C805289															
Beneficiarios del seguro																
Nombres completos	Parentesco	%														

## Información sobre reclamación en Seguros (Conocimiento del Cliente)

¿Ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro.

Año	Ramo	Compañía	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, linomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteo-musculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trastornos de cualquier órgano, Trastornos Inmunitarios, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental que exista 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 y 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 entenderá que es facultativo que el asegurado responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos por 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 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 error en exactitud o retención 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 ocurrencia de la extinción del contrato".

En desarrollo del artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, cooperativa de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge o mis familiares a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o épocas o historiales clínicos 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 este llegare a celebrarse.

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.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.

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 la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Máxima de ingreso y permanencia hasta un día antes de cumplir los 65 años.

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

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

Con constancia se aprueba y firma en la ciudad de Valledupar el 27 del mes de Julio de 2023

Maria Perpinan S.  
Firma del Solicitante

Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT. 800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 9 # 72-21, Piso 8 Teléfono 2191100

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

Del Interior del Consorcio Financiero Carrera 9 # 72-21, Piso 8 en Bogotá D.C. Teléfono 3435335, e-mail: [bbva@bbva.com.co](mailto:bbva@bbva.com.co)  
San José, Costa Rica: Tel. 076-2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2.26 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.