



BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Política de Suscripción Seguros de Vida Deudores

**Suscripción
Business Execution**

Emisión: Abril 1 de 2021

Actualización: Noviembre 27 de 2023

Versión: 03

Tabla de contenido

Introducción	4
1. Objeto	4
2. Ámbito de aplicación	4
3. Políticas Generales.....	4
3.1. Solicitud o certificado individual.....	4
3.2. Soportes y especificaciones de declaración de salud.....	5
3.3. Documentos requeridos para la suscripción del seguro	5
3.4. Solicitud de reembolsos por exámenes médicos	6
4. Políticas específicas asociadas al Seguro de Vida Deudor	7
1.1. Descripción	7
1.2. Edades.....	7
1.3. Amparos.....	7
1.4. Valor Asegurado.....	8
1.5. Vigencia del Seguro.....	8
1.6. Tiempos de respuesta	8
2. Roles y responsabilidades	8
2.1. Gerente de Suscripción	8
2.2. Jefe de Banca seguros	9
2.3. Gestor de Suscripción Vida.....	9
2.4. Auxiliar / Analista de Suscripción Vida:.....	9
2.5. Médico Tarificador	10
3. Delegaciones de suscripción	11
4. Circuitos de suscripción	11
4.1. Solicitud con declaración afirmativa	13
4.2. Solicitud que deriva Exámenes Médicos	14
4.3. Coordinación de exámenes Médicos.....	15
4.4. Solicitud vía Reaseguro > cúmulos superiores a \$4000 MM	16
5. Reportes	17
5.1. Reportes a Instancias Externas.....	17
5.2. Reportes de monitoreo interno.....	17
6. Glosario	19
7. Dependencia soporte	20

8. Control de cambios	20
9. Anexos.....	21
9.1. ANEXO No 1. - Formatos de Asegurabilidad.....	21
9.2. ANEXO No. 2. Requisitos de exámenes médicos.....	24
9.3. ANEXO No 2. - Autorización Médica.....	25
9.4. ANEXO No. 3. Informe del médico examinador:.....	26
9.5. ANEXO No 4. – Formato Aceptación de Condiciones.....	28

Política de Suscripción Seguros de Vida Deudores

Introducción

El documento rector de vida deudores Banca Seguros es el marco general del proceso de suscripción; describe las políticas, procesos, requisitos, roles de los actores involucrados, parámetros de delegación, coberturas, condiciones especiales del seguro y demás características asociadas.

A partir de este documento marco general se desprenden las particularidades establecidas con los clientes de Banca seguros establecidas a través de licitación; condiciones que serán socializadas al interior de la Aseguradora entre los actores involucrados en el proceso de suscripción; asegurando su cumplimiento.

1. Objeto

Informar, establecer y formalizar los parámetros que aplican en la suscripción de seguros de vida deudores Banca seguros; garantizando la alineación y cumplimiento entre los actores participantes del proceso.

2. Ámbito de aplicación

Este documento es aplicable dentro del proceso de suscripción de vida deudores Banca Seguros a partir de la solicitud de seguro por parte de hasta la definición de asegurabilidad emitida por la Aseguradora.

3. Políticas Generales

1. El equipo de suscripción revisará la documentación del Banco que acredite la aprobación de la obligación, con el fin de conocer monto aprobado, línea de crédito y plazo del mismo
2. Actualmente la solicitud de suscripción del seguro de vida deudor se centraliza en dos buzones de correo: exámenespremium.co@bbva.com, exámenesmedicos.co@bbva.com

3.1. Solicitud o certificado individual

Es un requisito para la suscripción del seguro el diligenciamiento correcto y completo de la Solicitud o Certificado Individual del Seguro de Vida Grupo Deudores establecido por cada una de las líneas de crédito.

El formato de solicitud se acepta como válido siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos; será causal de devolución el no cumplimiento:

- Utilización de Formato original según línea de crédito solicitada
- Letra legible, sin tachones, borrones ni enmendaduras
- Diligenciamiento con un solo tipo de letra
- El diligenciamiento de los datos del asegurado, declaración de salud, fecha de diligenciamiento y firmas de aceptación de condiciones del seguros son requeridos para la suscripción.
- Documentar una clara y detallada evidencia del estado de salud del posible asegurado es requerida para la evaluación del riesgo.

Ver anexo 1. Formatos de asegurabilidad

3.2. Soportes y especificaciones de declaración de salud

- En términos generales y salvo condiciones de licitación particulares; será responsabilidad del equipo de suscripción gestionar y autorizar el riesgo de los casos con declaración de antecedentes médicos o preexistencias.
- El cliente debe manifestar su real estado de salud, en caso contrario el seguro es nulo, generando pérdida para el cliente al no poder hacer efectivo el seguro en caso de siniestro por reticencia.
- En aquellos casos en que se requiera un estudio más profundo del riesgo la Aseguradora está en la potestad de solicitar documentos adicionales que permitan aclarar el riesgo.
- En caso de evidencia de enfermedades, tratamientos médicos hospitalarios o ambulatorios y cirugías, se solicitará ampliar la información indicando: fechas, diagnóstico, pronóstico, tratamiento realizado, sus resultados, estado actual y en lo posible informes actualizados de los médicos tratantes.
- En el evento de requerir pruebas médicas por políticas específicas de la licitación o por antecedentes de salud, los resultados serán sometidos a análisis de profesional médico tarificador de la aseguradora para posterior calificación del riesgo y aprobación de asegurabilidad por el Área Suscripción.
- Los clientes que deben cumplir con los requisitos de exámenes médicos, serán direccionados a la red medica de proveedores contratada por la aseguradora, sin costo adicional.
- En ciudades donde no hay cobertura de red medica; la prestación del servicio operara vía reembolso a tarifas de Aseguradora.
- Los resultados de los exámenes médicos serán remitidos por el proveedor por canal seguro establecido por las partes para evaluación y calificación del riesgo por parte del médico tarificador.
- Para las solicitudes de seguro con requerimiento de aplicación de extraprima, se gestionará para todos los casos y sin excepción la aceptación de condiciones por parte del deudor o locatario. Será el Banco el responsable de gestionar con su cliente la aceptación de la extraprima definida por la aseguradora. **Ver Anexo No 4. Formato Aceptación de Condiciones.**
- Se otorgan las coberturas de Vida e Incapacidad total y permanente hasta la finalización del crédito o pago insoluto de la deuda.

3.3. Documentos requeridos para la suscripción del seguro

Aplicabilidad de documentación según valor asegurado:

Documento	Suscripción de seguro <\$4.000 MM	Suscripción de seguro > \$4.000 MM (Reaseguro)
Formato de asegurabilidad	X	X
Documento que acredite las características y aceptación del crédito	X	X
Resultados de exámenes médicos legibles (si aplica términos de la licitación)	X	X
Adicionales: Informe por médico tratante o especialista y/o comunicado (si aplica según hallazgos del estado de salud y	X	X

términos de licitación)		
Formulario de vinculación		X
Sarlaft		X
Documento de identificación	X	
Formulario Covid		X
Copia de Carne / comprobante de vacunación (opcional)		X
Calificación del médico tarificador	X	X
Otros requeridos por el Reasegurador *		X

Aclaraciones:

- La calificación del médico tarificador podrá derivar documentación adicional (conceptos o informe médico) para poder aclarar el riesgo y definir la calificación.
- El análisis del riesgo por parte del Reasegurador está sujeta a solicitud de documentación o información adicional, especialmente para riesgos No estándar

3.4. Solicitud de reembolsos por exámenes médicos

La autorización de reembolsos opera siempre y cuando no exista cobertura de red médica contratada, los siguientes son los requisitos para dar respuesta a la solicitud:

- Utilización del formato “Informe del Médico examinador” establecido por la Aseguradora
- Entrega de cuenta de cobro dirigida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A (Nit # 800.240.882-0)
- Indicar nombre del banco, tipo y número de cuenta
- Remitir solicitud al Área de Suscripción a través de los buzones de exámenes médicos (examenesmedicos.co@bbva.com y/o examenesmedicos.co@bbva.com) para el respectivo pago
- Tiempo de pago: La Aseguradora realizará el reembolso diez (10) días hábiles después de la fecha de radicación de la documentación.

4. Políticas específicas asociadas al Seguro de Vida Deudor

Este seguro tiene como fin cubrir al deudor (Asegurado) hasta por el saldo insoluto o valor inicial de la deuda que haya contraído con el acreedor (entidad que hace el préstamo), que para efectos de este seguro tiene el carácter de Tomador.

En los seguros de Vida Grupo Deudores, además del asegurado principal, podrán asegurarse los codeudores por la misma suma asegurada y con los mismos amparos con los cuales cuente el asegurado principal.

1.1. Descripción

Protege contra todos los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente a todos los clientes deudores y locatarios de cualquiera de las líneas de crédito habilitadas por el ENTIDAD BANCARIA a nivel nacional, incluidos los deudores de la cartera de terceros administrada por el ENTIDAD BANCARIA y los locatarios en contratos leasing, con el fin de evitar pérdidas de los créditos otorgados.

Cuando se trate de sociedades de hecho, sociedades familiares y en general sociedades en la que su existencia dependa de la vida de sus socios mayoritarios, se deben amparar bajo el seguro de vida e incapacidad total y permanente, a estos socios mayoritarios, para ello deben ser deudores en la obligación.

En los casos en que la ENTIDAD BANCARIA o el (los) deudor (es) soliciten el seguro de vida el(los) codeudor(es), cada uno quedará asegurado hasta el 100% del saldo insoluto de la obligación y cada asegurado pagará la prima correspondiente a la misma suma asegurada durante la vigencia del respectivo seguro, previo cumplimiento con los requisitos de asegurabilidad, salvo los casos previamente definidos en la licitación.

1.2. Edades

Ingreso: Mínima: 18 años

Máxima: 74 años y 364 días

Permanencia: Finalización del crédito o Hasta la cancelación total de la obligación.

El área suscripción podrá autorizar edades diferentes de ingreso de acuerdo al análisis del riesgo y VoBo del gerente de suscripción.

1.3. Amparos

Vida

Cubre a los miembros del grupo asegurado contra el riesgo de muerte por cualquier causa, incluyendo el suicidio y homicidio desde el primer día, hasta por la suma asegurada contratada en este amparo.

El SIDA como cualquier enfermedad grave tendrá cobertura, siempre y cuando no contravenga el contenido del artículo 1058 del Código de Comercio. (Reticencia o la inexactitud de la declaración del estado de riesgo)

Incapacidad Total y Permanente

Se considera como incapacidad total y permanente para efectos de este seguro, con independencia de que pertenece o no a un régimen especial de calificación de invalidez, cuando exista una calificación de pérdida e incapacidad laboral, en firme, realizada por la EPS o la ARL o la AFP a la cual se encuentra afiliado o por la junta

regional nacional de calificación de invalidez, siempre que la misma arroje una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%. La fecha del siniestro será la fecha de emisión de la correspondiente calificación.

La duración de la cobertura será igual a la existencia de la deuda, incluyendo las eventuales prórrogas por reestructuración autorizadas por el Banco.

1.4. Valor Asegurado

El valor asegurado estará compuesto por el saldo insoluto de la deuda, entendiéndose como tal, el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado.

Adicionalmente aplicaran condiciones específicas de la licitación según particularidades y líneas de crédito manejadas por la entidad financiera.

1.5. Vigencia del Seguro

La vigencia del seguro inicia el día del desembolso del crédito hasta la cancelación o pago insoluto de la deuda.

Mientras el asegurado se encuentre al día en el pago de la prima, la póliza no puede ser cancelada, salvo que la Aseguradora reciba notificación de endoso.

1.6. Tiempos de respuesta

Los acuerdos de nivel de servicio asociados a tiempos de respuesta se acordaran según requerimientos de Licitación; sin embargo la compañía Aseguradora maneja un estándar de 4 horas de respuesta a partir de la recepción de todos los documentos y soportes requeridos para la evaluación del riesgo y suscripción.

2. Roles y responsabilidades

2.1. Gerente de Suscripción

- Coordinar, dar lineamientos y promover la mejora continua del proceso de suscripción.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de las políticas de suscripción de la Aseguradora y las concertadas en las licitaciones.
- Validar y autorizar la suscripción de casos en condiciones especiales
- Definir y autorizar la contratación de proveedores para la prestación de los servicios.
- Autorizar los pagos de proveedores.
- Validar, gestionar y autorizar los casos que requieren colocación de reaseguro facultativo.
- Participar en los comités de seguimiento del programa de seguros.
- Atender los requerimientos de las diferentes áreas de la compañía (auditoría, atención de quejas, siniestros, riesgos, jurídica, entre otras)

2.2. Jefe de Banca seguros

- Gestionar casos de manejo prioritario y dar respuesta a los requerimientos de servicio asociados a la organización y administración de la operación de suscripción
- Validación y autorización de suscripción de casos en condiciones especiales
- Gestionar y coordinar con el equipo de suscripción el cumplimiento de las políticas de la aseguradora y los definidos en las licitaciones vigentes.
- Coordinar y realizar seguimiento del servicio de los proveedores: Exámenes Médicos y Médicos Tarificadores
- Socializar informes de gestión que permitan evaluar el comportamiento del proceso de suscripción.
- Participar en los comités de seguimiento del programa de seguros.
- Promover y gestionar la implementación de mejoras en la operación del proceso de suscripción
- Realizar seguimiento al avance de nuevos proyectos o iniciativas del área
- Coordinar la implementación y socialización de las condiciones y políticas de suscripción de las licitaciones
- Asegurar la renovación y emisión de las pólizas de banca seguros
- Coordinar estructuración de las propuestas de banca seguros con las diferentes áreas de la Aseguradora
- Atender los requerimientos de las diferentes áreas de la compañía (auditoria, atención de quejas, siniestros, riesgos, jurídica, entre otras)

2.3. Gestor de Suscripción Vida

- Autorizar casos de acuerdo a delegación
- Realizar parametrías de los productos de vida de acuerdo a condiciones establecidas en la licitación en Acselx Vida (Revisión Producto, Pruebas, Ajustes etc)

2.4. Auxiliar / Analista de Suscripción Vida:

- Velar por el cumplimiento de las políticas de suscripción definidas en la licitación vigente
- Determinar pertinencia de Exámenes médicos según condiciones de licitación.
- Dar respuesta a las solicitudes dando cumplimiento a los Acuerdos de Nivel de Servicio definidos en las licitaciones
- Remitir al médico tarificador la documentación de los casos con respuesta positiva en la declaración de salud y los resultados de exámenes médicos suministrados por la red médica para evaluación y definición de la calificación del riesgo (Riesgo Normal, Extraprimado y Riesgo No Asegurable).
- Canalizar los requerimientos derivados del análisis del médico tarificador con la red del banco
- Gestionar la aprobar el seguro de vida deudor según las delegaciones definidas
- Mantener actualizado el registro de los casos gestionados; con el fin de garantizar la trazabilidad y control del proceso
- Atender los requerimientos de las diferentes áreas de la compañía (auditoria, atención de quejas, siniestros, riesgos, jurídica, entre otras)
- Validar los costos de la facturación de la Red de Proveedores de la Red Médica e incluir en el aplicativo APLUS, para autorización del Gerente.

2.5. Médico Tarificador

Funciones

- Evaluar el estado de salud del solicitante, a partir de las fuentes de información disponibles; Declaración reportada en el formato de asegurabilidad y resultados de exámenes médicos (establecidos según licitación)
- Solicitar y analizar conceptos, informes o comunicados médicos requeridos para profundizar, ampliar o aclarar el estado del riesgo por evidencia de patologías identificadas en un primer análisis.
- Establecer una cuantificación y un pronóstico de morbilidad y mortalidad, que se traduzca en el cobro de una prima para el asegurado y la compañía de seguros.
- Evaluar el riesgo a asumir por parte de la compañía de seguros
- Informar calificación del riesgo: Normal, extraprima o en casos muy agravados declararlo como Riesgo no asegurable (RNA)

Procedimientos y metodologías

La calificación o tarificación medica se realiza con base en la revisión de los distintos manuales de los reaseguradores, los cuales nos dan la proyección matemática de la morbimortalidad en general como soporte para suscribir el riesgo en las mejores condiciones y con la mayor equidad posible.

Dichos manuales son desarrollados con base en estudios prospectivos y retrospectivos en grandes poblaciones, y con los respectivos cálculos actuariales que arrojan estadísticas de sobrevivencia y del comportamiento de las distintas variables que inciden en la aparición y el desarrollo de la enfermedad.

Los manuales permiten establecer las condiciones para evaluar y cuantificar el riesgo en los distintos amparos del seguro de vida.

La información contenida en los citados manuales de reaseguradores, permite establecer una gran aproximación de la sobremortalidad para las distintas condiciones clínicas que refieran los potenciales asegurados y de esta forma la compañía de seguros puede otorgar las coberturas correspondientes.

Fuentes de información:

- Evaluación del estado del riesgo a partir de la declaración de salud diligenciada en el formato de asegurabilidad, resultados de exámenes médicos, conceptos del médico tratante y comunicados aclaratorios de las condiciones de salud ; que permitan ampliar información para la definición y clasificación del riesgo.
-
- Estudio y revisión de manuales de calificación de las compañías reaseguradoras en el exterior como parámetro para la clasificación del riesgo.

Tiempo de respuesta: 2 horas

Soportes de la gestión:

- Respuesta por caso evaluado vía correo electrónico

- Documentación de clasificación del riesgo (Riesgo Normal, Extraprimado y Riesgo No Asegurable) especificando patologías identificadas.
- Registro de calificación del riesgo en herramienta tecnológica
- Registro de casos evaluados en archivo de control; incluye: datos básicos del cliente, línea de crédito, cuantía, requisitos de suscripción, calificación del riesgo, descripción de antecedentes médicos, entre otros.

Entregables

- Resumen de antecedentes médicos (principales patologías)
- Calificación del riesgo

Controles

- Análisis periódico de la data histórica para identificar un rango usual de extra prima según patologías declaradas.
- Incluir el rango usual de extra prima en el archivo de control que permita identificar desviaciones en la aplicación del nivel riesgo.

3. Delegaciones de suscripción

Cargo responsable de autorizar negocios según rangos de valor asegurado:

Rango Delegación	Cargo Responsable
< \$700 M	Analista Suscripción 1
> \$700M < \$2.000M	Gestor Suscripción Vida
> \$2.000M < \$4.000M	Jefe Banca seguros
> \$ 4.000M	Gerente de Suscripción Director Técnico

4. Circuitos de suscripción

Los procesos de suscripción de la póliza de vida deudor se encuentran tipificados de la siguiente manera:

- Solicitud con Declaración afirmativa:** son aquellas solicitudes diligenciadas con respuesta afirmativa (SI) en las preguntas que validan la existencia de alguna enfermedad en el formato de aseguabilidad o con declaración de antecedentes o preexistencias.
- Solicitud que deriva Exámenes Médicos:** son aquellas solicitudes que por condiciones de licitación (cumulo, edad, línea de crédito) aplica la realización de exámenes médicos. **Ver Anexo No. 2. Requisitos de**

Exámenes médicos requeridos.

b.1. Coordinación de exámenes médicos: en complemento del proceso anterior se incluye el circuito de coordinación y agendamiento de exámenes médicos donde interactúa la red médica contratada por la Aseguradora.

c. Solicitud que requiere colocación vía Reaseguro > cúmulos superiores a \$4000 MM; son aquellas solicitudes que una vez evaluada la sumatoria de todas las líneas de crédito supera los cuatro mil millones de pesos (sin importar la línea de crédito) y su colocación debe gestionarse vía reaseguro.

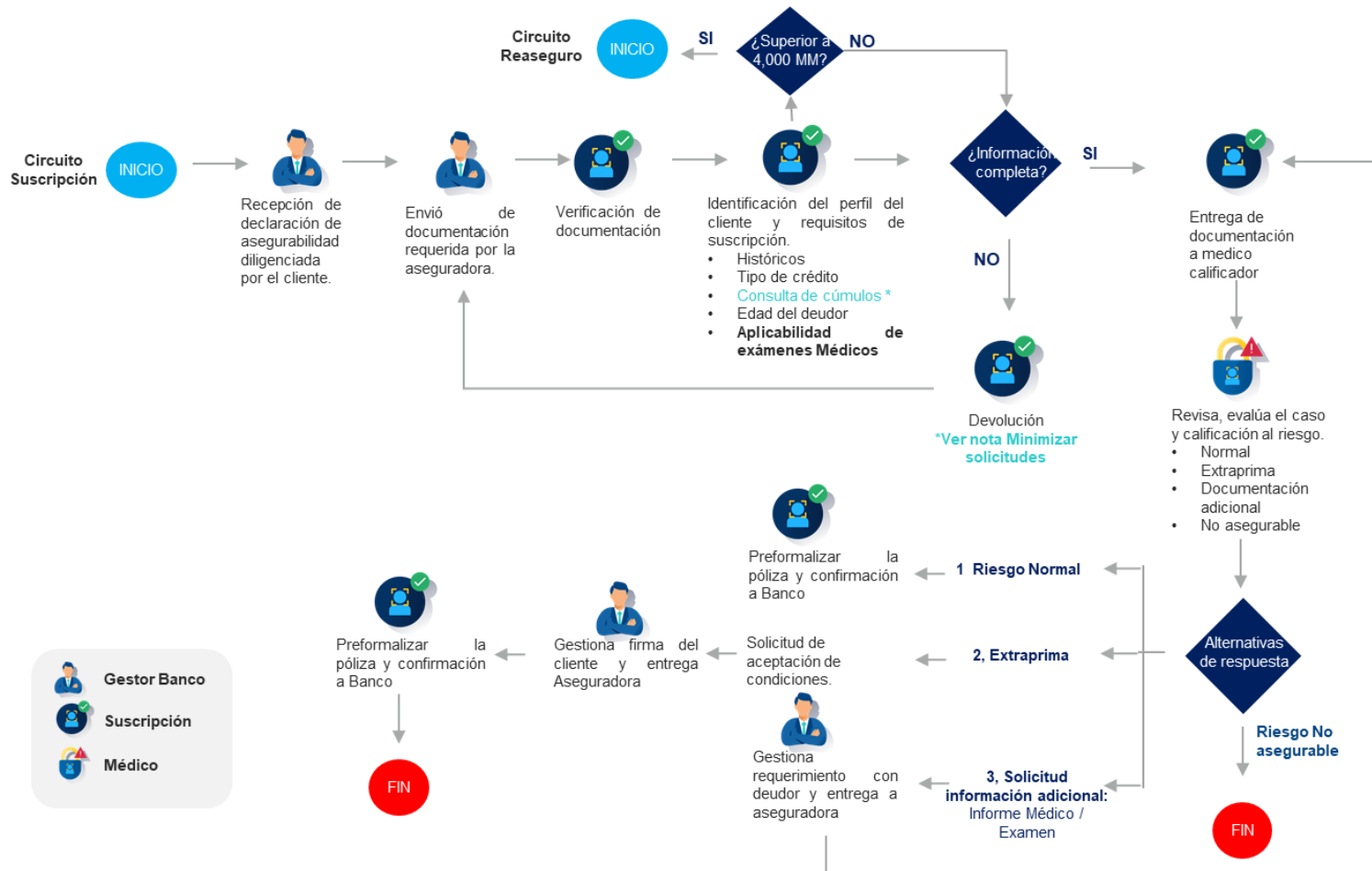
ANS asociados

- Una vez la Aseguradora cuente con la información completa, tiene 4 horas para confirmar aceptación del riesgo a la Entidad financiera.
- Dentro de las 4 horas se incluye los tiempos del médico tarificador y del equipo de suscripción que interviene según establecimiento de delegación.

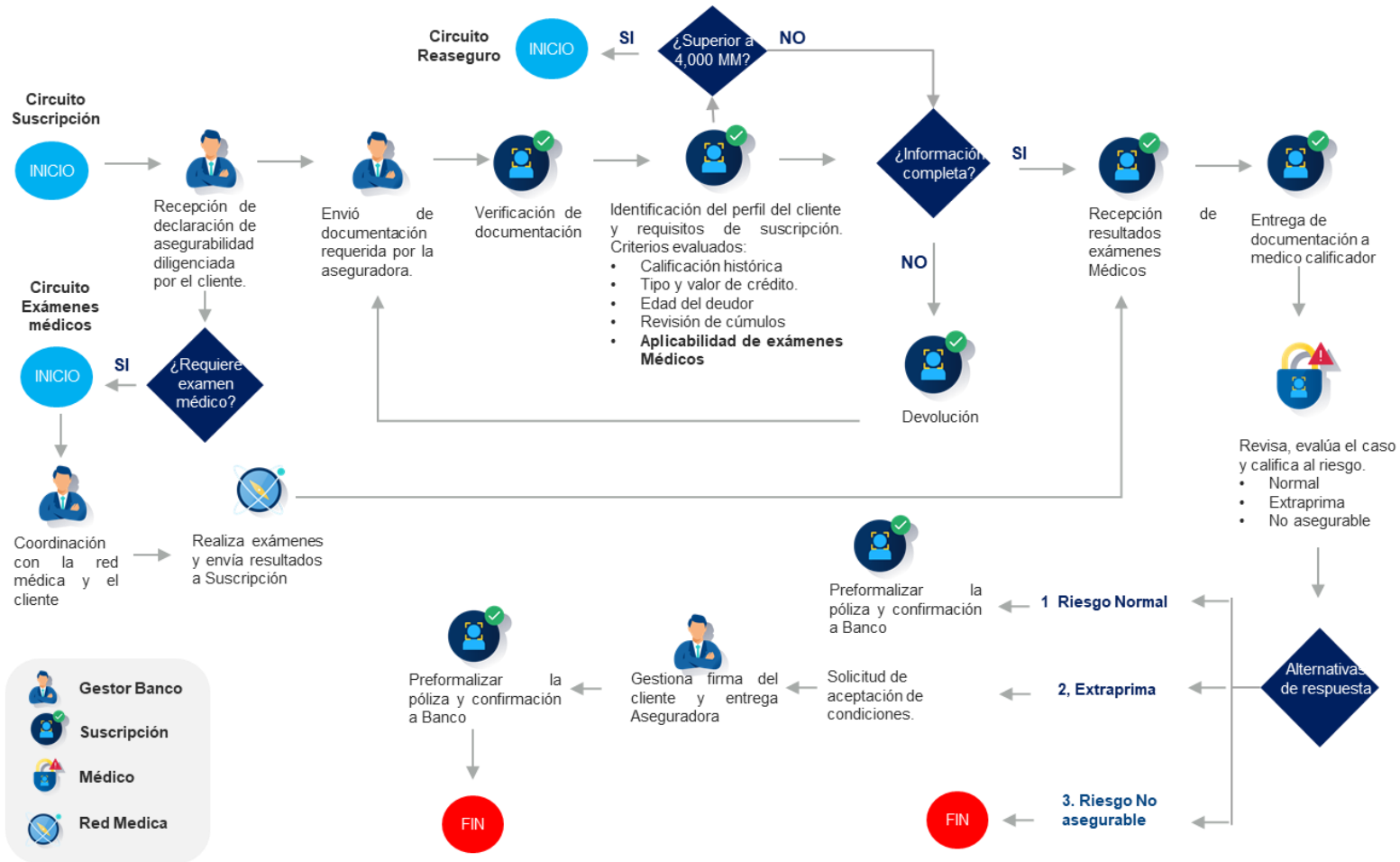
Responsables de la Aseguradora

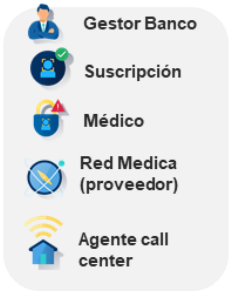
- Equipo Suscripción (descrito en el capítulo de roles y responsabilidades)
- Médico tarificador
- Red de proveedores de exámenes médicos
- Equipo Técnico (para los casos que aplican para manejo con Reasegurador)

4.1. Solicitud con declaración afirmativa

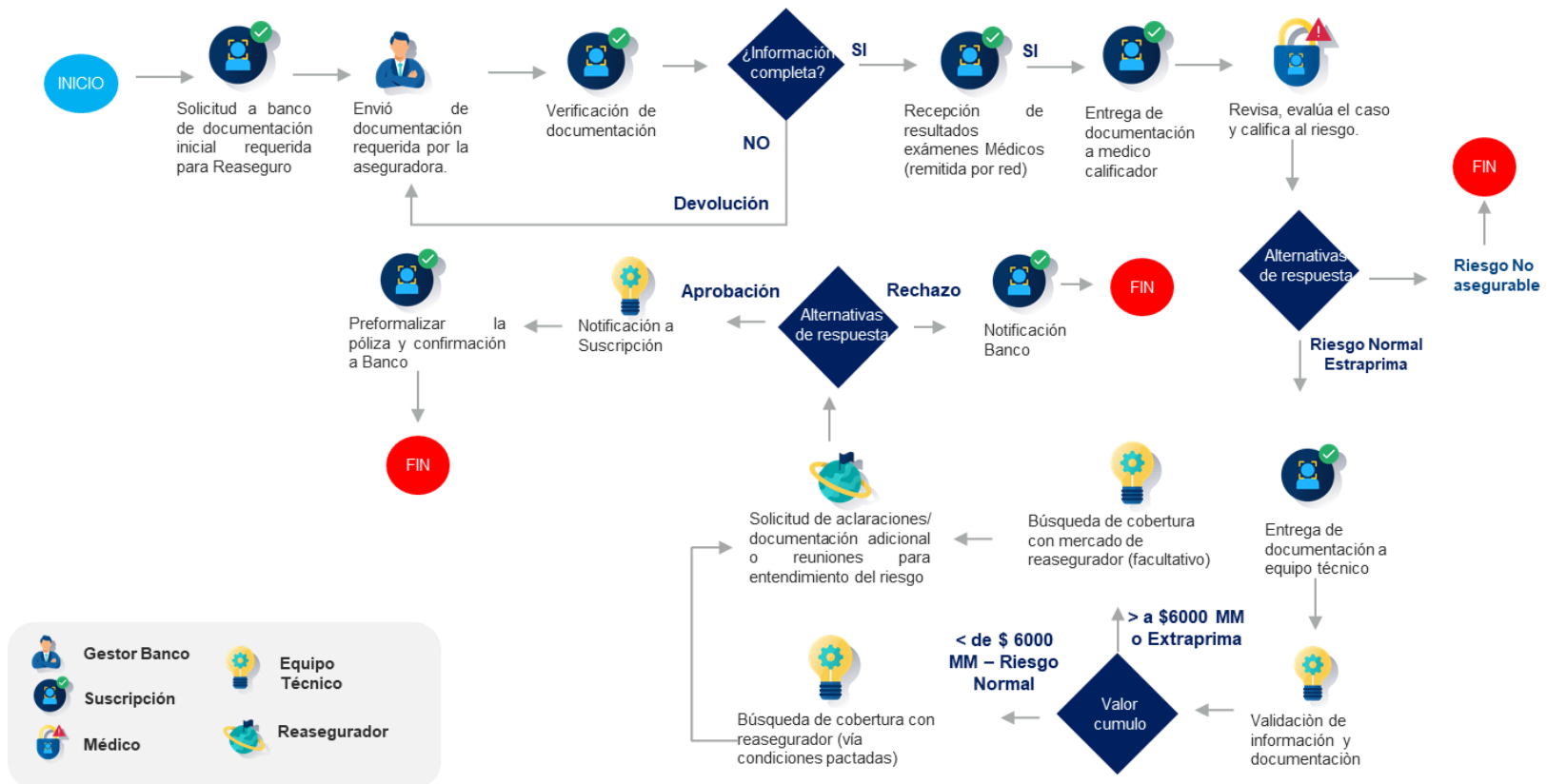


4.2. Solicitud que deriva Exámenes Médicos





4.4. Solicitud vía Reaseguro > cúmulos superiores a \$4000 MM



5. Reportes

5.1. Reportes a Instancias Externas

Nombre	Objetivo	Responsable	Información reportada	Destinatario	Periodicidad
<i>Seguimiento a licitaciones</i>	Seguimiento al comportamiento de las solicitudes de seguro.	Jefe Banca Seguros	# de solicitudes Valor Solicitado Desembolso promedio # de exámenes realizados # de solicitudes aprobadas # de casos extraprimas Valor Casos extraprimas (\$) Casos pte aceptación de condiciones Cantidad RNA Casos calificados con exámenes médicos o declaración	Banco	Mensual
<i>Riesgos No asegurables</i>	Generar alertas para prevenir la suscripción de riesgos ya calificados como no asegurables.	Analista de suscripción	Datos básicos del ciento (cc, nombre), fecha calificación del riesgo	Banco	Mensual
<i>Reporte de extraprimas</i>	Dar soporte al call center para la gestión de casos o solicitudes de clientes.	Analista de suscripción	Fecha de gestión, datos de asegurado, Calificación y % de extraprima	Canales y Servicios Aseguradora	Mensual
<i>Revisión de cumplimiento de políticas suscripción</i>	Validar cumplimiento de condiciones de asegurabilidad establecidas en la licitación	Analista de suscripción	Reporte de clientes de banco autorizados para seguro directamente por la red bancaria que por condiciones de licitación debieron remitirse a la Aseguradora	Banco	Mensual

5.2. Reportes de monitoreo interno

Nombre	Objetivo	Responsable	Información reportada	Periodicidad
<i>Extra primas según morbilidad Estadística de exámenes médicos por ciudad</i>	Identificar alertas o desviaciones en la calificación del riesgo durante el proceso de suscripción de un determinado caso	Jefe Banca Seguros	Antecedentes de Extra prima por tipo de enfermedad reportada	Anual
<i>Volumetría de casos evaluados</i>	Identificar oportunidades de mejora de la cobertura de la red medica contratada para reducir los casos manejados vía reembolso.	Jefe Banca Seguros	Numero de exámenes médicos realizados por ciudad	Semestral
<i>Facturación Mensual</i>	Evaluar suficiencia de la capacidad instalada (Analistas y Médicos tarificadores) para cumplir con los ANS establecidos en la licitación	Jefe Banca Seguros	Número de casos evaluados	Mensual
	Monitorear comportamiento de facturación de proveedores para identificar desviaciones y tomar acciones de manera temprana.	Analista de Suscripción	Valor mensual facturado por los siguientes conceptos: • Proveedor red médica	Mensual

		<ul style="list-style-type: none">• Reembolsos• Médico tarificador	
--	--	---	--

6. Glosario

- **Bancaseguros:** mecanismo de mercadeo mediante la utilización de los establecimientos de crédito para la promoción y venta de cierta clase de productos de seguros.
- **Asegurado:** Es la persona natural o jurídica que mediante el pago de la prima tiene el interés asegurable de los amparos cubiertos y derecho al pago de la indemnización a consecuencia de una pérdida por la realización de una eventualidad amparada por el contrato de seguro. Para efectos de Banca seguros será el asegurado el locatario o deudor.
- **Tomador:** Es la persona que contrata el seguro con el que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a una aseguradora, para efectos del objeto de presente documento la ENTIDAD BANCARIA es quien adquiere la calidad de tomador.
- **Beneficiario:** es la persona física o moral designada por el asegurado para recibir los beneficios derivados de la póliza de seguros en caso de que se presente la pérdida o daño; para efectos del presente manual es la ENTIDAD BANCARIA quien adquiere la calidad de beneficiario.
- **Aseguradora:** empresa que asume la cobertura del riesgo, previamente autorizada a operar como tal por la Superintendencia financiera; responsable de efectuar el pago al asegurado/beneficiario.
- **Crédito:** Es el contrato de mutuo acuerdo existente entre ENTIDAD BANCARIA y el Deudor o locatario.
- **Deudor o Locatario:** Es (Son) la(s) persona(s) obligada(s) al pago de la obligación adeudada a ENTIDAD BANCARIA y por cuenta de quienes la ENTIDAD BANCARIA toma el Contrato de Seguro que incluye deudores y locatarios.
- **Amparo:** Corresponde a los riesgos cubiertos por el seguro y por los cuales la Aseguradora pagará una indemnización a título de siniestro en caso de ocurrencia de un evento amparado en el seguro.
- **Cobertura:** Es el alcance del riesgo que se desea asegurar.
- **Póliza:** Es el documento en el que se consignan las condiciones en que opera el seguro contratado. Debe incluir, entre otras, las partes del contrato, el periodo de vigencia del seguro, la suma asegurada o la forma de calcularla, la prima o precio del seguro, los riesgos que el asegurador toma a su cargo, las condiciones particulares que acuerden las partes, y lo que no cubre el seguro
- **Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un evento (siniestro) previsto en las condiciones de póliza. Es el suceso incierto, futuro y susceptible de ser valorado.
- **Riesgo no asegurable (RNA):** son aquellos que quedan fuera de la cobertura del seguro por parte de la aseguradora, por ser contrarios a las políticas establecidas por la compañía
- **Extraprima:** Se refiere al pago adicional que se le cobra al asegurado del seguro por condiciones o antecedentes de salud, es informada dentro del proceso de suscripción y se aplica previa aceptación del cliente.
- **Reticencia:** Inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren

retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, que producen la nulidad relativa del seguro, si el asegurador se hubiese cerciorado del verdadero estado del riesgo, puede hacer nulo el contrato, es decir, lo deja sin efecto desde su inicio.

- **Valor asegurado:** El valor asegurado corresponde al valor final pagado al beneficiario al momento de presentarse una indemnización
- **Saldo insoluto:** Corresponde al valor de la deuda incluye capital, intereses corrientes, moratorios, seguros y demás gastos asociados al crédito.
- **Valor desembolsado:** Capital inicial de la deuda.
- **Reaseguro:** Es la operación de seguros realizada por el asegurador, por la que transfiere parte de los riesgos asumidos al reasegurador, pero es el único obligado con respecto al asegurado o tomador del seguro.

7. Dependencia soporte

Cualquier aclaración respecto de la operatividad descrita en el presente documento favor comunicarse a los buzones exámenesmedicos.co@bbva.com - exámenespremium.co@bbva.com

8. Control de cambios

Versión	Fecha	Cambio
1	01 de Abril 2021	Emisión del documento
2	17 de Marzo 2022	Inclusión del rol del médico tarificador
		Inclusión del rol de Jefe Banca Seguro
		Inclusión de reportes: Externos y de monitoreo interno
		Actualización de delegaciones
		Actualización de circuitos: Declaración afirmativa, Realización de exámenes médicos , Solicitud vía Reaseguro
		Inclusión documentos requeridos para el proceso de suscripción
		Actualización del formato de asegurabilidad de la línea de crédito y consumo
		Inclusión del Anexo 2. Requisitos de exámenes médicos
		Actualización Anexo 4. Formato Aceptación de Condiciones
3	27 de Noviembre 2023	Revisión integral del documento

Formatos de la declaración de asegurabilidad vigentes según el tipo de cartera:

- Hipotecario (Colectivo):

Página 21 de 41

- Libranzas y consumo:

BBVA Seguros		SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL	
Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente			
Fecha contratación del crédito Año / Mes / Día	Ciudad	Oficina	
Torcedor/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.000-1	Vigencia desde Año / Mes / Día	Vigencia hasta Año del crédito o los 30 meses
Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas			
Datos del Asegurado		Identificación	
Nombres y Apellidos		Cédula	
Dirección		Teléfono	
Fecha de nacimiento Año / Mes / Día		Ocupación/Profesión	
Información Adicional			
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado			
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura cm		Peso Kg	Si No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trastornos o accidente cerebro vascular, epilepsia, asma, diabetes, hipertensión, diabetes, dislipidemia?			
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			
¿Sufrir alguna discapacidad física o mental?			
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			
Si cambió finalmente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			
Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de consumo)			
Nombres Completos		Identificación	Parentesco
Autorizaciones y Declaraciones (No firme esta solicitud sin leer este texto)			
<p>Declaración de veracidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soy consciente y he sido informado que cualquier inexactitud en la información suministrada anteriormente tendrá como consecuencia la nulidad del crédito de seguro y/o la pérdida del derecho a cualquier indemnización. • Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro (ver en verso) y verificable. • Expreso mi consentimiento que todos los requeridos aquí sean exactos, completos y verídicos y acepto que cualquier cambio, inexactitud o falta de veracidad de los mismos, sean notificados de acuerdo con el artículo 1038 del Código de Comercio, Artículo 1038 del Código de Comercio. <p>Autorización Tratamiento de Datos y Declaración de Datos Sensibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorizo el tratamiento y el uso de mis datos personales de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y la política de tratamiento, igualmente declaro que he sido informado de forma clara y precisa sobre los fines de su tratamiento. • Declaro que autorizo que los datos sean respondidos preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) a subsecciones de edad, de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1712 de 2013. Consulte la política de tratamiento de datos de BBVA SEGUROS DE VIDA en www.bbvasseguros.com.co. <p>Declaración de fuente de recursos: Declaro que mis recursos, no provienen de actividades ilícitas contempladas en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inexactitud en la información suministrada me someterá a sanciones de ley y a la pérdida de toda responsabilidad.</p> <p>Autorización para Sustracción de Muestra Clínica: Con pleno consentimiento a la extracción de alguna de las muestras amparadas por la presente póliza y en desarrollo al artículo 32 de la Ley 1712 de 2013, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o laboratorio para someterme a los beneficios de diagnóstico, a mi cargo, como beneficiario de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que genere sobre mi salud y/o mis datos clínicos, Legitimada sustracción de muestra de sangre que aquí se solicita, serán seguros y confidenciales.</p> <p>TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO: LA MUERTE EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O MAXIMO QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DE RECHAZAR AL SEGURO PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DE VENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR OCASIÓN DE LA EXPIRACIÓN DEL CONTRATO.</p>			
<p>Firma del Solicitante</p> <p>Si el asegurado con las condiciones generales de esta póliza está a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co</p> <p>Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud a sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre los posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo en la presente documento, según consta, de conformidad con la legislación del presente seguro.</p> <p>Para constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.</p> <p>_____ Firma del Solicitante</p> <p>_____ Firma del Representante</p> <p>BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 860.003.000-1 - ©</p> <p>Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torca A Pico 11 Teléfono 259-1180 Línea de Atención al Cliente: Línea Nacional 018002000000 y en Bogotá 807-8080 Defensor del Consumidor Financiero: Dr. Guillermo Enrique Zapata Hernández, Carrera 8 No. 32-21 Piso 4 en Bogotá D.C., Teléfono: 8330080, e-mail: defensora.financiera@bbva.com.co Notaría: Notaría Ciudad de Bogotá, No. 270 de 2010 - Registrados de FIC y ECR. No realizar notificaciones en la fuente según el artículo 27 del Decreto Reglamentario 2720 de 1993.</p>			
Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)			
Tasa	%	Extra Prima	%
Prima Mensual	\$	Periodicidad	Si No
Prima Total	\$	Valor Asegurado	Numero de Obligación

- Individual



SOLICITUD SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL 18

Seguros

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: Año / Mes / Día		Sucursal Bancaria:		Ciudad:	
Tomador:		C.C. o NIT:		Dirección:	
Ciudad:		Teléfono:		Asegurado:	
Dirección:		Ciudad:		Teléfono:	
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento: Año / Mes / Día		Edad:	
Correo Electrónico:		Profesión:			
Amparos			Valor Asegurado		
Vida			Saldo Inoluto de la deuda		
Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización			Saldo Inoluto de la deuda		
Asistencia Apoyo en Casa			Incluido		
Periodicidad pago prima: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Prima anual: \$			Prima periódica: \$		
Nombre Aseor:			Código Aseor		
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 type="checkbox"/> 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"/>
Declaración de asegurabilidad (Datos Sensibles)					
Estatuto:		cms	Peso:	lbs	
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, tromboisis o accidente cerebrovascular, EPOC, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?				Si	No
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?					
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					
*Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.					
Nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado		Tiene medicina prepagada o plan complementario Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál?			
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 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 consignada en esta solicitud, extra 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 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 elegir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".					
En desarrollo al artículo 34 ley 25 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 epistola 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 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Edad mínima de ingreso: 18 años. Edad máxima de ingreso: Un día antes de cumplir 75 años. Permanencia: Hasta la cancelación del crédito.					
Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, la máxima de ingreso un día antes de cumplir los 75 años y la permanencia hasta la cancelación del crédito.					
Firma del Solicitante _____					
Póliza con Endoso: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Como beneficiario oneroso a BBVA Colombia S.A.					
Cláusula de Beneficiario Oneroso (Endoso): Se designa como beneficiario principal del valor de la indemnización del presente seguro como de los demás amparos contratados a BBVA COLOMBIA S.A., con el dolo y exclusión de garantizar 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 éste beneficiario, la póliza no podrá ser terminada, revocada o modificada 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.					
El asegurado 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 ésta solicitud. Manifiesto que sé informado sobre las posibles consecuencias en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.					
Para constancia se firma en _____		Firma Autorizada			
a los _____ días del mes de _____ de _____		Firma del Solicitante			
Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 71 # 71-52 Torre A Piso 12 Teléfono 2191000 Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000994020 y en Bogotá 2079080 Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbva@bbva.com.co Somar Grande Contribuyente Res. CPB de 2015 - Retenidos de IVA e ICA. No practicar relaciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1982.					

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.

9.2. **ANEXO No. 2. Requisitos de exámenes médicos**

- **Examen médico General.**
- **Parcial de orina.**
- **Química sanguínea**

Glicemia

Colesterol Total

HDL

Triglicéridos

Transaminasas

Ácido Úrico

Creatinina

- **Cuadro hemático.**
- **VSG**
- **HIV.**
- **Electrocardiograma (En reposo).**
- **Antígeno prostático (Mayores de 45 años).**

9.3. ANEXO No 2. - Autorización Médica



AUTORIZACIÓN MÉDICA

Ciudad: _____
 Fecha: _____
 Doctor (a): _____
 Dirección: _____ Tel: _____

De manera atenta solicitamos practicar las siguientes pruebas médicas al Sr(a).

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. _____,
 quien desea tomar un Seguro de Vida con nuestra Compañía.

Previo al examen, agradecemos identificar al solicitante.
 Valor Asegurado \$ _____

- ☐ Examen médico (en formato de la aseguradora)
- ☐ Parcial de orina
- ☐ Electrocardiograma en reposo
- ☐ Química sanguínea que contenga: Glicemia, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, transaminasas, creatinina, uricemia.
- ☐ Cuadro hemático con VSG.
- ☐ H.I.V.
- ☐ P.S.A. (Antígeno prostático) para mayores de 45 años.
- ☐ Pruebas adicionales: _____

Red de distribución: Deudores BBVA ☐ Vida Integral Premium ☐ Red agencial ☐

Observaciones: _____

Los resultados favor enviarlos a;

examen esmedicos.co@bbva.com y/o **examenpremium.co@bbva.com**

Dirección: Carrera 7 # 71-52 Torre A Piso 12

El Valor de este servicio lo cancelaremos a la presentación de su cuenta de cobro respectiva, de acuerdo con las tarifas y condiciones pactadas.

Sucursal/ Oficina: _____

Nota: Si el médico que practica el examen no tiene convenio con la compañía, enviará la cuenta de cobro a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (NIT 800.240.882-0) indicando el Banco, tipo y número de cuenta.

Cordialmente.



Nombre de la persona que autoriza

Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

9.4. ANEXO No. 3. Informe del médico examinador:

BBVA
Seguros

INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR

Importante: Favor identificar al solicitante antes de practicar el examen

Nombre completo		Cédula	
Fecha de nacimiento		Antecedentes quirúrgicos o traumáticos	
Estado civil		Fecha	
Ocupación		Causa	
Suma a asegurar		Tratamiento	
Frecuencia y cantidad de consumo alcohólico		Médico	
¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?		Dirección	
¿Fuma? cantidad diaria		Antecedentes patológicos o controles médicos	
Nombre de la E.P.S. que se encuentra afiliado:		¿Se ha practicado Radiografías, Electrocardiogramas o Análisis de Sangre?	
Tiene medicina prepagada o plan complementario		Fecha	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cual?		Causa	
¿Ha variado su peso en el último año?		Tratamiento	
Kg. ganados kg. perdidos		Médico	
Antecedentes familiares		Dirección	
		¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?	
		Si No	
Vivos Muertos			
Edad	Estado de salud	Edad	Causa
Padre			
Madre			
Hermanos			
Hermanas			
Hijos No.			
¿Le han practicado exámenes de laboratorio para investigar Sida?		Indicar fecha de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y resultado. Nombre y dirección del médico tratante	
Antecedentes ginecológicos			
Fecha de la última regla (FUR)			
Partos No.	Abortos No.	¿Menopausia?	
	Causa		
¿Qué deportes practica?			
Con qué frecuencia?			
Ha tenido enfermedades o tumores			
Senos	Matriz	Ovarios	
¿Esta actualmente embarazada?			
No. de meses			
Oficina			
Modo de distribución:			
Deducción <input type="checkbox"/> Vida Integral Premium <input type="checkbox"/> Mercado Abierto <input type="checkbox"/>			
Firma del médico examinador			

Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

Firma del solicitante _____ Ciudad y fecha _____

C.C. No. _____ de _____

V1007-0418-2

INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR

Practique un examen muy cuidadoso del corazón y de los pulmones sobre la piel desnuda

Examen médico				
Estatura	Peso	Perímetros torácicos		Perímetro abdominal
		Inspiración forzada	Espiración forzada	
Pulso frecuencia	Intermitente	Intermitencias por minuto		
Tensión arterial		1a. vez	Máx. _____ Min. _____	Hora: _____
		2a. vez	Máx. _____ Min. _____	

Encuentra usted indicios de enfermedades presentes o pasadas en:	Si	No	Detalle Aclare exhaustivamente cualquier afección encontrada
Sistema nervioso (S.N.)			
Sistema endocrino (S.E.)			
Sistema musculoesquelético (S.M.E.)			
Sistema hemolinfático (S.H.L.)			
Aparato cardiovascular (A.C.V.)			
Aparato respiratorio (A.R.)			
Aparato digestivo (A.D.)			
Aparato genitourinario (A.G.U.)			
Órganos de los sentidos (O.S.)			
Piel y anexos (P.Y.A.)			

Observaciones:

Considera usted el estado de salud del solicitante: Bueno _____ Dudoso _____ Malo _____

Fecha _____ Hora _____ Lugar _____

Nombre del médico examinador: _____ Firma y código _____

Señor Doctor:

Por medio de esta autorización, muy atentamente solicito a usted se sirva suministrar a BBVA SEGUROS todos los datos que posea sobre mi salud, adquiridos cuando me atendió con carácter profesional. Renuncio por tanto, a todas las disposiciones de la deontología médica y de la ley que prohíbe a los médicos y cirujanos que me han atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo de diagnóstico o tratamiento.



Huella índice derecho

Firma del solicitante
C.C. No. _____ de _____

9.5. ANEXO No 4. – Formato Aceptación de Condiciones



ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD POLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES

Señores
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Ref.: Aceptación Condiciones Asegurabilidad

Yo, XXXXX Identificado(a) con cédula de ciudadanía XXXX acepto las condiciones otorgadas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. para ser incluido como cliente de la póliza de Vida Grupo Deudores, que respalde mis créditos que contrate a partir de la fecha de firma del presente documento.

EXTRAPRIMA:	%
-------------	---

Certifico que recibí la información relativa al producto y sus condiciones de asegurabilidad de forma clara y completa, que diligencé libremente la información contenida en este documento y suscribo el mismo como constancia de aceptación de tales condiciones.

Se firma en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del año 2021

Cordialmente,

Firma titular del crédito
CC.