

40
PL >> DAVID RICARDO PAYA GUTIERREZ



08074000536040

BBVA

Seguros

SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM



M026300110258008074000536040

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 2024 / 04 / 02	Sucursal Bancaria Teleport	Ciudad Bogotá			
Tomador David Ricardo Paya Gutierrez		C.C. o NIT. 1130612039			
Dirección Cra 13 # 106-65	Ciudad Bogotá	Teléfono 316 834 1986			
Asegurado David Ricardo Paya Gutierrez		C.C. o NIT. 1130612039			
Dirección Cra 13 # 106-65	Ciudad Bogotá	Teléfono 3168341986			
Profesión Empleado	Género <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento 1987 / 04 / 15			
Correo Electrónico davidpaya@hotmail.com	Edad 36	Valor Asegurado Básico \$			
Características del seguro					
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			
Períodicidad pago prima Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Prima anual \$	Prima periódica \$			
Nombre Asesor:		Código Asesor			
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 <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"/>
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), Reñones, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas Afecciones Respiratorias, Osteoporosis, Mentales-psiquiátricas, 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 2003 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 omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de comercio.					
Ar: Culo 1065 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 conyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episódios 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 de 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 checked="" type="checkbox"/>					
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.					
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 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.					
Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Bogotá el 2 del mes de Abril de 2024					
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					
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438285, e mail defensora.bbva@colombia.bbva.com.co					
Somos Grupos Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Beneficiarios de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1992.					

OFIXPRES AT 00 000001