

SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM



SOLICITUD VIDA INTEGRAL PREMIUM

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 2021 02 18	Sucursal Bancaria Don Simón	Ciudad Ibagué - Tolima
Tomador: Silvio Buendía Cicery	C.C. o NIT: 17681744	
Dirección: Finca Retorno Vda Mango baja	Ciudad: Rovira	Teléfono: 3138607383
Asegurado: Silvio Buendía Cicery	C.C. o NIT: 17681744	
Dirección: Finca Retorno Vda Mango baja	Ciudad: Rovira	Teléfono: 3138607383
Profesión: Comerciante - Agricultor	Género: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: 24 Sep 1962
Correo Electrónico: silviohuendia9@gmail.com	Características del seguro	Edad: 58
Valor Asegurado Básico: \$		

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 Trimestral Semestral Anual Prima anual: \$

Prima periódica: \$

Nombre Asesor: Código Asesor

Beneficiarios del seguro		
Nombres completos	Parentesco	%
Betsave Jimenez Rojas	Esposa	100%

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 trombotico), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, 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 No Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Por el 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 los 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 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 información 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, produce 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 cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episodicidad o historial clínico con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos mencionados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste 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.

Fara 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: Bj 17681744

Li Clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las paginas: 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 Ibagué el 18 del mes de Febrero de 2021

Firma del Solicitante: Bj 17681744

Firma Autorizada: [Firma]

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT.800 240 882-0

Dirección para notificaciones BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No 71-52 Torre A Piso 12 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 3438385, e-mail defensoria@bbvacolombia.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 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.

SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM

OFIXPRES BY NUBANK