



M026300110258003164002160264



03164002160264

Seguros

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 2014-06-05	Sucursal Bancaria Curumaní	Ciudad Curumaní														
Tomador Wilmer Toro Mesa		C.C. o NIT 9692574														
Dirección Manzana 5 casa 9	Ciudad Curumaní	Teléfono 3104190559														
Asegurado Wilmer Toro Mesa		C.C. o NIT 9692574														
Dirección Manzana 5 casa 9	Ciudad Curumaní	Teléfono 3104190559														
Profesión Pensionado	Género F	Edad 43														
Correo Electrónico wilmer.toro48@gmail.com	Fecha de Nacimiento 1980-08-31	Valor Asegurado Básico: S														
Características del seguro																
<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 ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☒	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 ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro.																
Año	Raño	Compañía														
		Valor														
		Reclamación														
		Indemnización														
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, tromboembolia), 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.																
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 1256 de 2008 y 1581 de 2012.																
Declaro que no ejerzo actividades 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 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 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 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 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.																
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.																
La póliza a la que accede la presente declaración, se renueva automáticamente a la finalización de la vigencia inicial y/o renovaciones. Si no quiere optar por esta opción por favor marque la siguiente casilla: ☐																
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, Edad 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 paginas: 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 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 firmé en la ciudad de Curumaní el 05 del mes de Junio de 2014																
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																
Idioma Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385, e-mail: delensora@bbvacolombia.com.co																
Somos Grandes Corriente																
© 2016 - Tituladores de IVA e ICA. No practicar relaciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2125 de 1993																