

BBVA

Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

ICITUD SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL 18



M028300110236201449600247178

borrones ni enmendaduras.

NOTA: La presente solicitud de seguro debe estar

Fecha de Solicitud	24 de Abril de 2012	Sucursal Barco	C.C. o NIT: 5.653.883	Dirección	Calle 24a # 57-69 B-701
Torcedor	Carlos Ariel Sino	Segurado	(Mujer) Ariel Sino	C.C. o NIT: 5.653.883	
Ciudad	Bogotá	Teléfono	3164605409	Profesión	
Dirección	Calle 24a # 57-69	Ciudad	Bogotá	Teléfono	3164605409
Género	M	Fecha de Nacimiento	22/10/02	Edad	49
Correo Electrónico	gsaacos64@hotmail.com				
Amparos	Valor Asegurado				
Vida	Saldo Insoluto de la deuda				
Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización	Saldo Insoluto 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 Asesor:	Código Asesor				

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"/>

Declaración de asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	1.67	cms	Peso	68	kgs	Si	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, EPOC, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

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 E.P.S. a la que se encuentra afiliado: Tiene medicina prepagada o plan complementario Si ☐ No ☐ 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 1265 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, me hace 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 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, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurado 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 o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o exámenes 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.

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 75 años. Permanencia: Hasta un día antes de cumplir 90 años.

Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, la máxima de ingreso un día antes de cumplir los 70 años y la permanencia hasta un día antes de cumplir 72 años.

Firma del Solicitante

Póiza con Endoso. SI ☐ NO ☒ 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 único y exclusivo fin de garantizarle 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 modificados 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 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. Manifiesto que fui 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 Bogotá a los 08 días del mes de junio de 2012.

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.832 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 7 # 11-52 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 defensor@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 1993

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., comercializado a través del Uso de la Prod del Banco BBVA Colombia S.A.