



Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236201449600247178

SOLICITUD SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL 18

NOTA: La presente solicitud de seguro debe estar...

borrones ni enmendaduras.

Form fields: Fecha de Solicitud, Sucursal Bancaria, Ciudad, Tomador, C.C. o NIT, Dirección, Ciudad, Teléfono, Asegurado, C.C. o NIT, Dirección, Teléfono, Profesión, Género, Fecha de Nacimiento, Edad, Correo Electrónico, 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, Includo, Periodicidad pago prima, Mensual, Trimestral, Semestral, Anual, Prima anual, S, 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

Table with 6 columns: Año, Ramo, Compañía, Valor, Reclamación, Indemnización

Declaración de asegurabilidad (Datos Sensibles)

Form fields: Estatura, Peso, ¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, EPOC, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía? ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? ¿Sufre 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:

Empty table for detailing diseases and dates of occurrence.

\*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.

Form fields: 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. Toda información que posea sobre mi salud y/o epidemias 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 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

Póliza con Endoso. SI NO Como beneficiario oneroso a BBVA Colombia S.A. Cláusula de Beneficiario Oneroso (Endosos): 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 este 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 clasulado 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 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.

Form fields: 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 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A Carrera 7 # 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 2191100 Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080 Detensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385, e mail defensoria bbvacolombia@bbva.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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CÓPIA PRESERVADA