

TOMADOR: BANCO DE OCCIDENTE S.A.

LINEA DE CREDITO, MARQUE UNA SOLA OPCIÓN:

4. CREDITO HIPOTECARIO ☐

6. LEASING HABITACIONAL ☐

NIT 890.300.279-4

DATOS DEL SOLICITANTE	Nombres y Apellidos:										
	Tipo de documento de identificación: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT Número:										
	Fecha de Nacimiento:		DD	MM	AA	Estado Civil:		Diestro <input type="checkbox"/>		Ambidiestro <input type="checkbox"/>	Zurdo <input type="checkbox"/>
	Dirección de Residencia:					Teléfono:			Ciudad:		
	Correo Electrónico:					Celular:					
	Ocupación detallada:					Estatura:		Peso:	IMC:	Peso (Kg) / Altura (m)2	

A	Amparos: 1. MUERTE 2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	Valor inicial del Crédito o Contrato Leasing: \$
----------	--	--

Señale con una (x) SI o NO de acuerdo a su situación		SI	NO	SI	NO
1. Padece o ha padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, cardíacas vasculares, renales, neurológicas, psiquiátricas, pulmonares, trastornos inmunológicos, SIDA, hipertensión arterial de cualquier grado, cáncer, tumores, cirrosis, diabetes o hipoglicemia de cualquier grado, artritis, enfermedades gastrointestinales, enfermedades óseas, enfermedades musculares, tendinosas, pérdida de conocimiento, colesterol y/o triglicéridos, sobrepeso u obesidad, úlceras gástricas, colitis ulcerosa, enfermedad cerebrovascular, epilepsias, Alzheimer, falta de audición, ceguera?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Ha sido sometido o le han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades, tales como las enunciadas anteriormente o por dolencias directamente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Enfermedades hematológicas como leucemia				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sufre o ha sufrido enfermedades crónicas, síntomas adicionales o vicios que incidan sobre su estado de salud?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. le han prescrito medicamentos para consumir habitualmente?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha sido condenado por la justicia?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ejerce actividades ilegales o fuera de los marcos de las normas legales?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fuma? Cuantos cigarrillos diarios? _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Toma licor? Cuantos tragos por semana? _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si padece o ha padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente o diferente, por favor especifique: Cual, medico tratante, teléfonos (En estos casos la constitución del seguro queda supeditada a la aprobación por parte de la Aseguradora): _____

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad en este seguro; Si el asegurado declara alguna enfermedad, adicción o vicio, la Aseguradora podrá solicitar exámenes médicos para evaluar correctamente el riesgo. Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad preexistente no declarada a la fecha de suscripción de la póliza. Como asegurado principal y representante de mi grupo familiar he contestado con sinceridad sobre el estado de salud de cada uno de ellos. DECLARO: que estando en libertad de contratar esta póliza con cualquier compañía de seguros legalmente constituida en Colombia de acuerdo con lo establecido en la circular 059 de noviembre de 1987 emitida por la superintendencia financiera decido aceptar las condiciones de la presente póliza. Lo anoto aquí es verídico y que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., se reserva de todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptar el seguro, sometiéndome a los derechos legales contemplados en el artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio Colombiano. Autorizo expresamente y en desarrollo del Artículo 34 de la ley 23 de 1981, a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., para verificar, acceder y solicitar ante cualquier médico o institución hospitalaria, mi historia clínica y todos aquellos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, aun después de mi muerte. Renuncio, por lo tanto, a todas las disposiciones de la ley y de la deontología médica que prohíbe revelar información médica adquirida, como motivo de diagnósticos o tratamientos. Así mismo faculto expresamente a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., para consultar la base de datos de seguros de personas relativamente en riesgo agravados e indemnizaciones al cumplimiento de las obligaciones crediticias y además que permitan un conocimiento adecuado de mi condición de riesgo, así mismo la faculto para que informe a esas bases de datos los aspectos que SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. considere pertinentes en una relación con el contrato de seguros celebrado o que se vaya a celebrar. Autorización de pagos: declaro conocer y aceptar si pasados treinta (30) días a partir de la fecha inicial de cobro de las prima, no sea posible realizar su recaudo, se producirá la terminación automáticamente del Contrato de Seguros.

AUTORIZO Declaro que Seguros de Vida Alfa S.A., Compañía de Seguros, me ha informado: 1) Que el aviso de privacidad y el manual de tratamiento de datos personales se encuentran en la página web <https://www.segurosalfa.com.co>. 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no se he sido obligado a responderlas 3) que como titular de la información me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 en especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido de mí.

FIRMA	NOMBRE DEL TITULAR	Espacio para firma digital en caso de utilizar este mecanismo	No. DOCUMENTO IDENTIFICACION	DE	Huela índice derecho No será necesaria en caso de firmar digitalmente	
	En caso de tramite en físico		DD	MM		AA
	FIRMA AUTÓGRAFA DEL ASEGURADO		CIUDAD	FECHA		