



seguros de vida alfa s.a.

SOLICITUD DE SEGURO Y CERTIFICADO INDIVIDUAL  
VIVE LA VIDA BANCO DE OCCIDENTE  
LIBRE INVERSION  
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

Esta solicitud de seguro hace parte de la póliza de seguro No. VGR 0003429 la cual consta del contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE OCCIDENTE S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.  
NÚMERO DE SOLICITUD: Corresponde al código del producto, número del crédito, unido al número de identificación del Asegurado (Cédula de ciudadanía).

FECHA DE SOLICITUD

DD

MM

AAAA

INTERÉS ASEGURABLE

Coberturas que Aplican  
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Aplica si usted tiene entre 18 años y 68 años + 364 días de edad. Esta cobertura será efectiva siempre y cuando la MUERTE no sea causada por alguna condición preexistente antes del inicio de cobertura de este amparo.

ACTORES DEL SEGURO

TOMADOR

Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.  
BANCO DE OCCIDENTE S.A.,  
NIT 890.300.279-4.

ASEGURADORA

Es la empresa que asume la cobertura del riesgo.  
SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.  
NIT 860.503.617-3

ASEGURADO

En este seguro es el cliente de BANCO DE OCCIDENTE S.A.  
Identificado en esta solicitud.

BENEFICIARIOS

Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.  
- Para las coberturas de Muerte por cualquier causa y Canasta Familiar: Los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de ley.  
- Para la cobertura de Multiasistencia: EL ASEGURADO.

DATOS BENEFICIARIO(S)

NOTA: Si usted desea designar sus beneficiarios por favor diligencie este espacio de lo contrario los beneficiarios serán los de ley .

NOMBRES	APELLIDOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	% DE PARTICIPACIÓN (*)

(\*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%.

IMPORTANTE

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. Asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero. Dado lo anterior, toda diferencia sobre cualquier aspecto del seguro por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado y la aseguradora, sin responsabilidad alguna del BANCO DE OCCIDENTE S.A. Este producto es ofrecido por la red del BANCO DE OCCIDENTE S.A. limitándose única y exclusivamente al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente impartidas por SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., para la prestación del servicio en dicha red. El BANCO DE OCCIDENTE S.A. no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos

Tipo de Identificación

☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.S.

No. de Identificación

Fecha de Nacimiento

Sexo

☐ M ☐ F ☐

Lugar de NacimientoNacionalidadDirección de ResidenciaCiudadDepartamentoPaís de ResidenciaTeléfonoE -mail

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Código de Condicionado:

29/07/2020-1417-P-34-6914000342900000-0R00

Código de Nota Técnica:

29/07/2020-1417-NT-P-34-V-P-BSVGRA-2020-4-0R00

COBERTURAS	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	CANASTA FAMILIAR
VALORES ASEGURADOS		
PLAN ADVANCE	\$ 50.000.000	\$ 5.000.000
PLAN PREFERENTE	\$ 80.000.000	\$ 8.000.000
PLAN ELITE	\$ 100.000.000	\$ 10.000.000
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Un único evento	
Periodo activo mínimo "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización"	No se establece periodo activo mínimo	
Periodo de carencia "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	No se establece periodo de carencia	
Edad Mínima de ingreso	18 años	
Edad Máxima de ingreso	68 Años +364 Días	
Edad Máxima de permanencia	72 Años +364 Días	

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO MULTIASISTENCIAS

DESCRIPCIÓN	SERVICIOS DE ASISTENCIA	MONTO MAXIMO	MAXIMO DE EVENTOS
HOGAR	Envío y pago de plomeros por emergencia	\$ 230.000 por evento	4 eventos
	Envío y pago de cerrajeros por emergencia		
	Envío y pago de vidrieros por emergencia		
	Envío y pago de gasista por emergencia		
	Servicios de conexión para trabajos por emergencia	Sin límite	Sin límite
MÉDICA	Armado de muebles	\$ 115.000	2 eventos
	Consulta médica Telefónica	Sin límite	3 eventos
	Taxi a clínica en caso de accidente	\$ 30.000	1 evento
	Orientación telefónica medica, pediátrica, psicológica	Sin límite	4 eventos
	Referenciación clínicas hospitalares a nivel nacional		Sin límite
	Orientación telefónica nutricional		2 eventos
	ASISTENCIA MASCOTAS	Consulta médica veterinaria por accidente o enfermedad	\$ 60.000
Orientación médica veterinaria telefónica		Sin límite	
Envío medicamentos a domicilio por accidente o enfermedad		\$ 46.000	1 evento
Referencia y coordinación con cementerios de mascotas		Sin límite	Sin límite
Referencia y coordinación de caminatas eco-recreativas caninas			
Periodo activo mínimo después de un siniestro "Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización."	No se establece periodo activo mínimo		
Periodo de carencia "Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	No se establece periodo de carencia		
Edad mínima de ingreso	18 años		
Edad máxima de ingreso	68 años + 364 días		
Edad máxima de permanencia	72 años + 364 días		

VALOR DE LA PRIMA				<div><div></div><div>VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO</div></div> <div>La vigencia y la prima del seguro serán mensuales. La vigencia iniciará al momento del desembolso del crédito, con renovación automática y se mantendrá hasta que el crédito este vigente, o se presente cualquiera de las causales de terminación. <b>Importante:</b> En caso de que el crédito contratado por el asegurado sea pagado a la entidad financiera en un tiempo inferior al inicialmente pactado, la vigencia del seguro finalizará dada la cancelación total del crédito. En aquellas circunstancias en las que se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas. <b>Forma de pago de la prima:</b> La prima corresponderá al valor del plan contratado. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro. El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por <b>BANCO DE OCCIDENTE S.A.</b> y será asumido por el asegurado, dentro de su plan de pagos que le suministre la entidad para tal fin.</div>
PLAN	ADVANCE <input type="checkbox"/>	PREFERENTE <input type="checkbox"/>	ELITE <input type="checkbox"/>	
Valor sin IVA	\$ 25.000	\$ 35.000	\$ 40.000	
IVA	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
Valor con IVA	\$ 25.000	\$ 35.000	\$ 40.000	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA 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 CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

- Mora en el pago de la prima.
- Finalización del crédito.
- Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar el pago de la prima del seguro.
- Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** su solicitud de revocación.
- Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**. En este caso se remitirá una carta dirigida a la última dirección informada por usted o a su correo electrónico, manifestándole que su seguro será terminado. Esta terminación se hará efectiva una vez hayan pasado diez (10) días calendario, contados desde el envío de la carta o del correo electrónico.
- Muerte del asegurado.

DECLARACIONES

- Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, y al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.**, Conozco y acepto las condiciones del presente seguro.

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 68 años y 364 días. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas.

- Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgará la cobertura inicialmente contratada.

- No practico deportes que afecten mi integridad, como los considerados de alto riesgo.

AUTORIZACIONES

a. Autorizo a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para efectuar tratamiento de mi información personal para el desarrollo del contrato de seguro, el envío de ofertas comerciales y actividades de analítica de datos, pudiendo transferir y/o transmitir a nivel nacional y/o internacional mis datos personales por cualquier medio incluyendo mensajes de datos, con sus aliados estratégicos, a sus filiales, subsidiarias, asociadas o vinculadas, a su matriz o controlante, accionistas, tomador de la póliza y terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos, o reaseguradores. Conozco que la revelación de los datos sensibles es facultativa, y que me asisten los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y las normas que regulan la materia.

b. Autorizo la renovación automática de la vigencia del seguro.

c. Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud de seguro.

d. Autorizo al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total de la cuota mensual del crédito. Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** para que efectúe directamente el pago de la misma a la Compañía de Seguros.

e. Autorizo al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.

f. Autorizo a que mi información relacionada con el sarlaft y que repose en el formulario y documentos suministrados al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** pueda ser compartida por dicha entidad con **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página Web [www.segurosalfa.com.co](http://www.segurosalfa.com.co) enlace "Protección de datos personales".

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales, queja o reclamo por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional.

	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN	MANIZALES	CARTAGENA	BARRANQUILLA	PEREIRA	A NIVEL NACIONAL
	(1) 7455408	(2) 4850859	(4) 6040998	(6) 8962160	(5) 6931426	(5) 3851254	(6) 3402401	018000941100
	Para radicar o conocer el estado de un siniestro, escribanos a la línea de atención de WhatsApp 3125104844.							
	Para conocer el proceso en caso de un siniestro, comuníquese con las líneas locales de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional 018000941100							
	De conformidad con lo establecido en el Artículo 1048 del Código de Comercio, usted tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones. En caso de requerirlo, por favor comunicarse con las líneas locales de atención al cliente en cada ciudad y/o a nivel nacional 018000941100							
	Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Jose Fernando Zarta, Av. Calle 24A No. 59-42 Torre 4 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono 7435333 Ext 14454. Email: <a href="mailto:defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co">defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co</a>							

CONDICIONES DEL SEGURO

La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:

- Líneas locales de atención al cliente de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** en cada ciudad o al 018000941100. a nivel nacional.
- Oficina del **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** en donde adquirió su seguro o a través de la pagina web del Banco, por el portal Bancaseguros.
- Consulte las condiciones a través de la página y/o link indicado a continuación: <http://bseg.co/seguro6914> y/o código QR señalado en la presente solicitud de seguro a través de cualquier dispositivo móvil.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE

Declaro que antes de aceptar la suscripción de este seguro me fue explicado que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explicaron los siguientes aspectos relevantes del mismo: I) La importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, la edad y las consecuencias de entregar información inexacta II) Las coberturas de la póliza, el valor asegurado por cada una de ellas, la vigencia del seguro y el precio que debo pagar por estar asegurado III) Amparos y exclusiones IV) Los canales y medios que puedo utilizar en caso de requerir información adicional del seguro o de requerir efectuar cualquier reclamación. V) Toda la información contenida en este documento, fue suministrada a título personal y estoy de acuerdo con todos los datos incluidos en la misma.

Declaro haber sido informado y haber leído y conocido en su totalidad los textos de autorización contenidos en el acápite de "Autorizaciones" del presente documento.

Huella Índice Derecho

Firma del Asegurado

No de Documento:

Firma Autorizada

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. NIT. 860.503.617-3

Firma Asesor de Ventas

Nombre del Comercial	Código del Comercial	Nombre de la oficina	Código de la Oficina	Cédula del Comercial



Firmado Electrónicamente el martes, 25 de julio de 2023 a las 02:23:07 p. m.  
por LUIS DAVID CORTES VICTORIA identificado con C.C 1113679361.  
Desde la IP 3.13.132.40 y OTP 37653492

Huella: d9f79b582a6b619a1540fc81cf1bf83f83882d80b95854da5a9ec11c20da0ed70973e850ac6d4378fe404952398d71f3