






SOLICITUD DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA LIBRANZAS
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO












Esta solicitud de seguro hace parte de las pólizas No. DES 000157 las cuales constan el contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE OCCIDENTE S.A. y SEGUROS ALFA S.A.

FECHA DE SOLICITUD		DD	MM	AAAA
INTERÉS ASEGURABLE		Coberturas que Aplican		
		DESEMPLEO INVOLUNTARIO	ENFERMEDADES GRAVES	
 Contrato como empleado directo de una compañía a término definido o indefinido.		<input checked="" type="checkbox"/>		
 Vinculado por medio de una empresa de servicios temporales con contrato a término definido o indefinido.		<input checked="" type="checkbox"/>		
 Vinculado o asociado activo a una cooperativa de trabajo (por contrato a termino fijo o indefinido).		<input checked="" type="checkbox"/>		
 Empleado de libre nombramiento y remoción.				
 Aplica si usted, posterior al inicio de la cobertura de este amparo, le diagnostican por primera vez cualquiera de las siguientes 7 enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de Órganos Mayores, y Esclerosis Múltiple.			<input checked="" type="checkbox"/>	


ACTORES DEL SEGURO		
TOMADOR	ASEGURADORA	ASEGURADO
Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. BANCO DE OCCIDENTE S.A. NIT 890.300.279-4.	Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. SEGUROS ALFA S.A. NIT 860.031.979-8	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 la cobertura de Desempleo Involuntario: Cuando haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será el BANCO DE OCCIDENTE S.A. Cuando no haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será: EL ASEGURADO. • Para las coberturas de Enfermedades Graves y Ecosistema de Servicios: EL ASEGURADO.		

IMPORTANTE

SEGUROS 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 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 <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S.	 No. de Identificación	 Fecha de Nacimiento	 Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
 Nacionalidad	 Dirección de Residencia	 Ciudad	 Departamento
 País de Residencia	 Teléfono	 E-mail	

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO			
Código de Condicionado:	18/10/2019-1325-P-24-011980015700000-0R00		
Código de Nota Técnica:	18/10/2019-1325-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2019-3 - 0R00		
COBERTURAS	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	ENFERMEDADES GRAVES	ECOSISTEMA DE SERVICIOS
VALORES ASEGURADOS	6 cuotas Hasta por \$ 4.000.000	6 cuotas Hasta por \$ 4.000.000 por diagnóstico	Ilimitado
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado	Un diagnóstico por enfermedad	Ilimitado
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"	30 días	90 días	No se establece periodo de carencia
Edad Mínima de ingreso	18 años		
Edad Máxima de ingreso	69 Años +364 Días		
Edad Máxima de permanencia	74 Años +364 Días		

Tasa del Seguro		<div> VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO</div> <p>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.</p> <p>Importante: 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.</p> <p>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.</p> <p>Forma de pago de la prima: La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito por la tasa de seguro incluido IVA. 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 BANCO DE OCCIDENTE S.A. y será asumido por el asegurado, dentro de su plan de pagos o extracto que le suministre la entidad para tal fin.</p>
Valor sin IVA	6,00 %	
IVA	1,14%	
Valor con IVA	7,14%	

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 y/o no renovar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro, hasta la finalización del crédito.
3. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **SEGUROS ALFA S.A.** su solicitud de revocación.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de **SEGUROS ALFA S.A.** En este caso se remitirá un documento escrito dirigido a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha del envío: en este caso, el asegurado recuperará la prima no devengada, o sea la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en la que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del seguro.
6. Muerte del asegurado.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de revocación del seguro.

DECLARACIONES



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

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 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 ALFA S.A.** procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgarán la cobertura inicialmente contratada.

- Declaro que no he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple y no me han practicado Cirugía de Bypass Coronario ni Trasplantes de Órganos Mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido. Tipo de enfermedad: _____

AUTORIZACIONES



a. Autorizo a **SEGUROS 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.

Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página Web www.segurossalfa.com.co enlace "Protección de datos personales".

b. Autorizo a la Aseguradora o a quien la represente para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la central de información financiera CIFIN o cualquier otra entidad que maneje o administre las bases de datos, mi información personal, comercial y financiera, así como la información referente a mi comportamiento comercial y/o crediticio. Doy idéntica autorización respecto de toda la información contenida en el RAIS (Régimen de Ahorro individual con Solidaridad), y de la que se encuentra administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado.

c. Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.**, para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.

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

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

f. 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.

g. 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.

h. Autorizo al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** para que en calidad de beneficiario efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.

i. 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 ALFA S.A.** para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

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: defensordelconsumidorfinanciero@segurossalfa.com.co							

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:

- Línea de atención al cliente de **SEGUROS ALFA S.A.** en cada ciudad o al 01800-0941100 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.
- A través de la pagina web y/o link que se indica a continuación: <http://bseg.co/seguro1198> y/o código QR señalado en la presente solicitud 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

Firma Autorizada SEGUROS ALFA S.A. Nit: 860.031.979-8






Firma Asesor de Ventas

No de Documento:

Nombre Ejecutivo Comercial	Cédula Ejecutivo Comercial	Código Ejecutivo Comercial	Cuidad
----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------

SOLICITUD DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA LIBRANZAS
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO

Esta solicitud de seguro hace parte de las pólizas No. DES 000157 las cuales constan el contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE OCCIDENTE S.A. y SEGUROS ALFA S.A.


FECHA DE SOLICITUD		DD	MM	AAAA
INTERÉS ASEGURABLE		Coberturas que Aplican		
		DESEMPLEO INVOLUNTARIO	ENFERMEDADES GRAVES	
 Contrato como empleado directo de una compañía a término definido o indefinido.		✓		
 Vinculado por medio de una empresa de servicios temporales con contrato a término definido o indefinido.		✓		
 Vinculado o asociado activo a una cooperativa de trabajo (por contrato a termino fijo o indefinido).		✓		
 Empleado de libre nombramiento y remoción.				
 Aplica si usted, posterior al inicio de la cobertura de este amparo, le diagnostican por primera vez cualquiera de las siguientes 7 enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de Órganos Mayores, y Esclerosis Múltiple.			✓	






ACTORES DEL SEGURO		
TOMADOR	ASEGURADORA	ASEGURADO
Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. BANCO DE OCCIDENTE S.A. NIT 890.300.279-4.	Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. SEGUROS ALFA S.A. NIT 860.031.979-8	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 la cobertura de Desempleo Involuntario: Cuando haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será el BANCO DE OCCIDENTE S.A. Cuando no haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será: EL ASEGURADO. • Para las coberturas de Enfermedades Graves y Ecosistema de Servicios: EL ASEGURADO.		





IMPORTANTE




SEGUROS 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 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 Nacimiento

 Nacionalidad  Dirección de Residencia  Ciudad  Departamento

 País de Residencia  Teléfono  E-mail

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO			
Código de Condicionado:	18/10/2019-1325-P-24-011980015700000-0R00		
Código de Nota Técnica:	18/10/2019-1325-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2019-3 - 0R00		
COBERTURAS	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	ENFERMEDADES GRAVES	ECOSISTEMA DE SERVICIOS
VALORES ASEGURADOS	6 cuotas Hasta por \$ 4.000.000	6 cuotas Hasta por \$ 4.000.000 por diagnóstico	Ilimitado
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado	Un diagnóstico por enfermedad	Ilimitado
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"	30 días	90 días	No se establece periodo de carencia
Edad Mínima de ingreso	18 años		
Edad Máxima de ingreso	69 Años +364 Días		
Edad Máxima de permanencia	74 Años +364 Días		

</

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 y/o no renovar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro, hasta la finalización del crédito.
3. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **SEGUROS ALFA S.A.** su solicitud de revocación.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de **SEGUROS ALFA S.A.** En este caso se remitirá un documento escrito dirigido a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha del envío: en este caso, el asegurado recuperará la prima no devengada, o sea la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en la que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del seguro.
6. Muerte del asegurado.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de revocación del seguro.

DECLARACIONES



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

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 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 ALFA S.A.** procederá con la cancelación unilateral del seguro y no otorgarán la cobertura inicialmente contratada.

- Declaro que no he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple y no me han practicado Cirugía de Bypass Coronario ni Trasplantes de Órganos Mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido. Tipo de enfermedad: _____

AUTORIZACIONES



a. Autorizo a **SEGUROS 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.

Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página Web www.segurossalfa.com.co enlace "Protección de datos personales".

b. Autorizo a la Aseguradora o a quien la represente para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la central de información financiera CIFIN o cualquier otra entidad que maneje o administre las bases de datos, mi información personal, comercial y financiera, así como la información referente a mi comportamiento comercial y/o crediticio. Doy idéntica autorización respecto de toda la información contenida en el RAIS (Régimen de Ahorro individual con Solidaridad), y de la que se encuentra administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado.

c. Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.**, para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.

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

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

f. 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.

g. 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.

h. Autorizo al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** para que en calidad de beneficiario efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.

i. 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 ALFA S.A.** para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

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: defensordelconsumidorfinanciero@segurossalfa.com.co							

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:

- Línea de atención al cliente de **SEGUROS ALFA S.A.** en cada ciudad o al 01800-0941100 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.
- A través de la pagina web y/o link que se indica a continuación: <http://bseg.co/seguro1198> y/o código QR señalado en la presente solicitud 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

Firma Autorizada SEGUROS ALFA S.A. Nit: 860.031.979-8

Firma Asesor de Ventas

No de Documento:

Nombre Ejecutivo Comercial	Cédula Ejecutivo Comercial	Código Ejecutivo Comercial	Cuidad
----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------



Firmado Electrónicamente el martes, 25 de julio de 2023 a las 02:50:32 p. m.
por LUIS DAVID CORTES VICTORIA identificado con C.C 1113679361.
Desde la IP 3.13.132.40 y OTP 88773452

Huella: 13b4396d1e882a3b0b189895ae2cdfdbaabe293f3f71daf7aae6d5088e19be348dc6b1ed6309759abcdd3456d8254012