

# SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR

## Respetado cliente / Importante

- No firmes** sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Esta declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante, cualquier falta a la verdad es causal de nulidad del seguro en virtud de los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.
- El seguro iniciará su vigencia una vez se efectúe el desembolso del crédito, previa aprobación del seguro por parte del asegurador.
- Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a tu situación o estado de salud, abstente de firmar.

**Nota:** Una vez firmada esta solicitud de seguro por parte del asegurado, sin haberse efectuado el desembolso del crédito, tendrá una vigencia máxima de 90 días, vencido este término deberás volverla a diligenciar y realizar los trámites respectivos.

### Datos del asegurado

Yo: \_\_\_\_\_, mayor de edad, residente en (dirección de correspondencia): \_\_\_\_\_, de la ciudad de: \_\_\_\_\_, N° de teléfono: \_\_\_\_\_, correo electrónico: \_\_\_\_\_, nacido el día: \_\_\_\_\_, del mes: \_\_\_\_\_, del año: \_\_\_\_\_, identificado con T.I.  C.C.  N°: \_\_\_\_\_, expedida en: \_\_\_\_\_, edad: \_\_\_\_\_, estado civil: \_\_\_\_\_, EPS: \_\_\_\_\_, medicina prepagada: \_\_\_\_\_; declaro que mi ocupación es la de (detalles sin usar términos genéricos como empleado o independiente): \_\_\_\_\_, empresa: \_\_\_\_\_, actividad comercial: \_\_\_\_\_, género: \_\_\_\_\_, peso actual: \_\_\_\_\_ Kgs, estatura: \_\_\_\_\_ Mts.

### Declaración de asegurabilidad / Importante

Según corresponda, **marca con una "x"** tus antecedentes médicos o estado de salud actual.

<p><b>1.</b> ¿Has sufrido o te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad cardíaca, enfermedad vascular <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</li> <li>• Hipertensión arterial <input type="radio"/></li> <li>• Enfermedades mentales, psiquiátricas o neurológicas <input type="radio"/></li> <li>• Enfermedades gastrointestinales, enfermedades del hígado <input type="radio"/></li> <li>• Enfermedades óseas, musculares, tendinosas o artritis <input type="radio"/></li> <li>• Enfermedades pulmonares y/o respiratorias <input type="radio"/></li> <li>• Cáncer y/o cualquier tipo de tumor o quiste <input type="radio"/></li> <li>• Enfermedades renales <input type="radio"/></li> <li>• Diabetes <input type="radio"/></li> </ul> <p><b>2.</b> ¿Sufres o has sufrido enfermedades crónicas, síntomas, adicciones o vicios que incidan sobre tu estado de salud? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p><b>3.</b> ¿Te han prescrito medicamentos para consumir habitualmente? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <b>¿Cuáles?</b> _____</p>	<p><b>4.</b> ¿Sufres o has sufrido de cualquier otra enfermedad no contemplada anteriormente o tienes algún tipo de incapacidad? Si la respuesta es afirmativa, detallar: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO _____</p> <p><b>5.</b> ¿Has presentado reclamación o has recibido indemnización en seguros de vida en los últimos dos años? Si la respuesta es afirmativa, informar: año, compañía, cobertura, valor de la reclamación o indemnización. <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO _____</p> <p>Si padeces o has padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente o diferente, o si tienes algún tipo de incapacidad, por favor especifica cuál, el médico tratante y los teléfonos: _____</p>
--	--

**Cuando exista algún "Sí" como respuesta, la aceptación del seguro queda condicionada a la valoración de la información médica del solicitante que realice la Aseguradora.**

- Autorizo expresamente a los médicos, hospitales, clínicas o instituciones de salud, para suministrar a la Compañía de Seguros de Vida Alfa S.A. y/o Banco de Bogotá copia de los documentos y todos los datos que posea sobre mi estado de salud antes o después de mi fallecimiento; así mismo la autorizo a tener acceso a dicha información. Adicionalmente para que informe y consulte en las bases de datos, aspectos que puedan ser de su interés en relación con el contrato de seguro celebrado o que se vaya a celebrar.

### Información del Crédito

Línea de Crédito:	Valor a desembolsar: \$	Plazo del crédito en meses:	Deuda total a la fecha: \$
-------------------	-------------------------	-----------------------------	----------------------------

Según las condiciones estipuladas en el contrato de seguro, el **asegurado** ha designado como **beneficiario** al tomador en su calidad de acreedor, hasta por el **100% del saldo de deuda** y como beneficiarios contingentes por el excedente si lo hubiera a:

### Beneficiarios

Apellidos y nombre	T.I	C.C	Número identificación	Participación	Parentesco
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

### Autorización uso de datos personales

Para fines legales y contractuales, autorizo de manera previa, expresa, informada, e inequívoca a Seguros de Vida Alfa S.A. y a Seguros Alfa S.A., para tratar mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, de acuerdo con la Política para el Tratamiento de la Información, publicada en [www.segurosalfa.com.co/proteccion-de-datos](http://www.segurosalfa.com.co/proteccion-de-datos). Es facultativo responder preguntas sobre datos personales sensibles o aquellos relativos a niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

Autorizo la transmisión y/o transferencia de mis datos a los aliados de Seguros de Vida Alfa S.A. y a Seguros Alfa S.A. y/o socios estratégicos a nivel nacional y/o internacional.

Me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012. En especial, el de conocer, actualizar y rectificar informaciones que se hayan recogido sobre mí. Estos derechos los puedo ejercer de acuerdo con la Política de Tratamiento de Información. Cuando los datos refieran a menores de edad, el representante legal autorizará el tratamiento de su información.

### Datos del asesor

Nombre centro de costos: \_\_\_\_\_, código centro de costos: \_\_\_\_\_  
 cédula del comercial: \_\_\_\_\_, nombre del comercial: \_\_\_\_\_

**El asesor certifica y declara bajo gravedad de juramento:** 1. Que la totalidad de la información plasmada en el presente documento, relacionada con el estado de salud del Consumidor Financiero, fue suministrada por este último. 2. Que dio a conocer al Consumidor Financiero las consecuencias jurídicas y económicas por dar información falsa o inexacta sobre su estado de salud.

### Firma

Manifiesto que la información consignada en el presente documento es verídica y acepto, por lo tanto, que esta constituye la base del contrato de seguro, del cual el presente documento hace parte integral.

Para constancia se firma en:

Ciudad: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Firma del asegurado / C.C N°: \_\_\_\_\_

**¡Queremos brindarte la mejor atención!** Comunícate por medio de estos canales y resuelve tus inquietudes:  
 Correo electrónico: [servicioalcliente@segurosalfa.com.co](mailto:servicioalcliente@segurosalfa.com.co) · Línea Alfa Bogotá (60-1) 307 70 32, opción 4 - opción 2 · Línea Alfa nacional 018000 12 25 32, opción 4 - opción 2  
 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábado de 8:00 a.m. a 12 m.