

SOLICITUD INDIVIDUAL SEGURO VIDA GRUPO DEUDOR

TOMADOR:

DATOS DEL ASEGURADO

YO _____, mayor de edad, residente en (dirección de correspondencia) _____, de la ciudad de _____, teléfono No. _____, E-mail _____ nacido el día _____ del mes _____ del año _____, identificado con _____ No. _____, expedida en _____ edad _____ estado civil _____; declaro que mi ocupación es la de (detalle sin usar términos genéricos como empleado o comerciante) _____, empresa _____, actividad comercial _____, mi sexo es _____, mi peso actual es de _____ Kgs. y mi estatura _____ Mts.

DECLARACIÓN DE SALUD - ASEGURABILIDAD

Señale con una (X) SI o NO de acuerdo con su situación:

	SI	NO	SI	NO	
1. Me encuentro en buen estado de salud y no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad o incapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Padezco o he padecido enfermedades tales como:					
• Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Enfermedades Mentales – Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Enfermedades Pulmonares y/o respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Cáncer y/o cualquier tipo de tumor o quiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Enfermedades Renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Enfermedades Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Enfermedades Gastrointestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
• Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
					• Enfermedades Oseas
					• Enfermedades musculares, tendinosas
					• Hepatitis – Cirrosis
					3. Sufre o ha sufrido enfermedades crónicas, síntomas, adicciones o vicios que incidan sobre su estado de salud?
					4. Le han prescrito medicamentos para consumir habitualmente?
					Cual _____
					5. Ha sido condenado por la justicia?
					6. Ejerce actividades, ocupación o profesión ilegales o fuera de los marcos de las normas legales?

En este caso 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.

Autorizo expresamente a los médicos, Hospitales, Clínicas o Instituciones de salud, para suministrar a la Compañía de Seguros de Vida Alfa S.A. 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 a 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

valor asegurado o crédito a desembolsar \$ _____
Plazo del crédito _____ meses
Endeudamiento total a la fecha (saldo a capital) \$ _____
(Sin tener en cuenta el valor a desembolsar)

Tipo o línea de crédito:

Cuál ? _____

BENEFICIARIOS

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:

APELLIDOS Y NOMBRES	C.C. O DOC. IDENTIFICACIÓN	PARTICIPACIÓN	PARENTESCO

RESPETADO CLIENTE / IMPORTANTE

1. **NO FIRME** sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
2. Si usted falta a la verdad al diligenciar la siguiente declaración, la Aseguradora considerará nulo el contrato de seguro (artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio), consideración que usted acepta por medio de este documento.
3. El seguro iniciará su vigencia una vez se efectúe el desembolso del crédito, previa aprobación del seguro por parte del Asegurador.
4. Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar.

FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TOMADORA Y/O SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

EVALUADO POR: _____
APROBADO POR: _____
FECHA: _____

Para constancia se firma en:

Ciudad _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Firma del Asegurado
C.C. No. _____

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

Huella del Asegurado
Índice derecho

AUTORIZACIÓN USO DE DATOS PERSONALES

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado(a) y residente en _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi condición de Consumidor Financiero de **SEGUROS ALFA S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, por medio del presente, declaro expresamente:

- I. Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS ALFA S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, en adelante LAS ASEGURADORAS, el suscrito ha suministrado datos personales. De otra parte, durante el proceso de contratación de los servicios o la ejecución del contrato que se llegue a celebrar, LAS ASEGURADORAS tendrán acceso a otros datos personales míos, suministrados o no por mí.
- II. Que LAS ASEGURADORAS me han informado, de manera expresa:
 1. Que los datos personales mencionados en el numeral anterior serán objeto de tratamiento para los fines que se indican en el numeral 2, de acuerdo con la definición legal vigente. En relación con la circulación o transferencia de datos, podrá ser realizada por LAS ASEGURADORAS, de acuerdo con los términos previstos en el numeral 4.
 2. Que mis datos personales serán tratados por LAS ASEGURADORAS, para las siguientes finalidades:
 - a. El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero.
 - b. El proceso de negociación de contratos con LAS ASEGURADORAS, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.
 - c. La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
 - d. El control y la prevención del fraude.
 - e. La liquidación y pago de siniestros.
 - f. En general, la gestión integral del seguro contratado.
 - g. Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral
 - h. La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora.
 - i. Envío de información y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios.
 - j. Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LAS ASEGURADORAS.
 3. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el Tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con LAS ASEGURADORAS, o que ella ya hubiere terminado.
 4. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a:
 - a. La institución que actúe como Tomador de la póliza de seguro, personas jurídicas que pueden tener o no la calidad de vinculadas, de LAS ASEGURADORAS.
 - b. Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LAS ASEGURADORAS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros.
 5. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, LAS ASEGURADORAS podrán consultar las bases de datos a que hace referencia el literal e) del numeral 4 de este documento.
 6. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
 7. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos.
 8. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.
 9. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí en la base de datos mencionada.
 10. Que el Responsable del tratamiento de la información es SEGUROS ALFA S.A. y/o SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., cuya dirección es Av. Calle 26 No. 59-15 locales 6 y 7 y teléfono 7435333 de Bogotá y correo electrónico servicioalcliente@segurosalfa.com.co.
- III. Tengo conocimiento de la existencia del MANUAL PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, al cual puedo acceder a través de la página web de LAS ASEGURADORAS www.segurosalfa.com.co.
- IV. Que, de manera expresa, autorizo el Tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

FIRMA _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

NOMBRE _____

Ciudad y Fecha de Suscripción _____