

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA CRÉDITO DE VEHÍCULOS O MOTOS
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO
ASALARIADOS**

Esta solicitud de seguro hace parte de las pólizas de seguro cuota protegida No. DES 0000184-0000186 en las cuales constan los contratos de seguro celebrados entre el **BANCO DE OCCIDENTE S.A. y SEGUROS ALFA S.A.**

NÚMERO DE SOLICITUD: Corresponde al número del crédito, unido al número de identificación del Asegurado (Cédula de ciudadanía).

No. **0000001**

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

TIPO DE VEHÍCULO 94 - Vehículo 99 - Moto

Coberturas que Aplican						
PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO						
INTERÉS ASEGURABLE PARA ASALARIADOS	DESEMPLEO (Sin justa causa)	INCAPACIDAD TEMPORAL ASALARIADOS (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES	GAP	MUERTE ACCIDENTAL OCUPANTES VEHÍCULO	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL OCUPANTES DEL VEHÍCULO
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 término fijo o indefinido).	✓	✓				
Servidor público.	✓	✓				
Vinculado a una empresa bajo contrato Obra o labor que hayan trabajado mínimo un año bajo este tipo de contrato.	✓	✓				
Vinculado a una empresa bajo contrato por prestación de servicios, que hayan trabajado mínimo un año bajo este tipo de contrato.	✓	✓				
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.			✓			
Aplica si usted tiene un crédito de vehículo aprobado, el vehículo es liviano de uso particular y tiene menos de ocho años de antigüedad. Debe contar con seguro todo riesgo para el vehículo.				✓		
Si La causa del evento es accidental y el accidente se presenta dentro de la vigencia de la póliza.					✓	✓

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

CUOTA PROTEGIDA VEHÍCULOS O MOTOS

PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO

DESCRIPCIÓN	PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO					
Código de Condicionado:	01/12/2021-1325-P-24-6928000018600000-0R00 / 01/12/2021-1325-P-24-6930000018400000-0R00					
Código de Nota Técnica:	01/12/2021-1325-NT-P-24-G-P-BSDEAV-2021-8-0R00 / 01/12/2021-1325-NT-P-24-G-P-BSDEAV-2021-9-0R00					
DESCRIPCIÓN Valores Asegurados	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TEMPORAL ASALARIADOS (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES	GAP	MUERTE ACCIDENTAL OCUPANTES VEHÍCULO	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL OCUPANTES DEL VEHÍCULO
	Pago único de seis (6) cuotas de hasta \$4.000.000 cada una, limitadas al valor de la cuota mensual ordinaria del crédito, en caso de despido sin justa causa. Si al momento de la indemnización quedan menos de seis (6) cuotas del crédito pendientes por pagar, se procederá a reconocer a favor del Banco las cuotas pendientes y las cuotas que queden se reconocerán a favor del asegurado. Para los créditos de Cuotas Extras, en todo caso se reconocerán hasta máximo seis (6) cuotas por concepto de indemnización, cada una limitada al valor de la cuota mensual inicialmente pactada en el crédito. En caso que el asegurado este obligado a pagar una cuota o varias cuotas extras, cada una de éstas se indemnizará con un valor límite de hasta \$4.000.000. Para los productos especiales de créditos (Plan Flexible y Plan Premium), en todo caso se reconocerán hasta máximo seis (6) rentas por concepto de indemnización, cada una limitada al valor de la cuota mensual más alta, con un valor límite de hasta \$4.000.000 No cubre porcentajes adicionales que se pagan a capital durante la vigencia del crédito.	Pago único de hasta seis (6) cuotas de hasta \$4.000.000 cada una, limitadas al valor de la cuota mensual ordinaria del crédito. En todo caso, el número de cuotas a ser reconocidas no podrá superar el número de cuotas que hubiesen sido pagadas incluso si el crédito se encontrara vigente, en cuyo caso el valor total agregado de cuotas estará limitado al saldo insoluto de la deuda del crédito originalmente tomado por el asegurado con el Tomador. Para los créditos de Cuotas Extras, en todo caso se reconocerán hasta máximo seis (6) cuotas por concepto de indemnización, cada una limitada al valor de la cuota mensual inicialmente pactada en el crédito. En caso que el asegurado este obligado a pagar una cuota o varias cuotas extras, cada una de éstas se indemnizará con un valor límite de \$4.000.000. Para los productos especiales de créditos (Plan Flexible y Plan Premium), en todo caso se reconocerán hasta máximo seis (6) rentas por concepto de indemnización cada una limitada al valor de la cuota mensual más alta, con un valor límite de hasta \$4.000.000 No cubre porcentajes adicionales que se pagan a capital durante la vigencia del crédito. (Igual o superior a 15 días)	Pago único de doce (12) cuotas de hasta \$4.000.000 cada una, limitadas al valor de la cuota mensual ordinaria del crédito, en caso de diagnóstico de una de las siete (7) enfermedades graves incluidas en la cobertura. Si al momento de la indemnización quedan menos de doce (12) cuotas del crédito pendientes por pagar, se procederá a reconocer a favor del Banco las cuotas pendientes y las cuotas que queden se reconocerán a favor del asegurado. Para los créditos de Cuotas Extras, en todo caso se reconocerán hasta máximo doce (12) cuotas por concepto de indemnización, cada una limitada al valor de la cuota mensual inicialmente pactada en el crédito. En caso que el asegurado este obligado a pagar una cuota o varias cuotas extras, cada una de éstas se indemnizará con un valor límite de hasta \$4.000.000. Para los productos especiales de créditos (Plan Flexible y Plan Premium), en todo caso se reconocerán hasta máximo doce (12) rentas por concepto de indemnización cada una limitada al valor de la cuota mensual más alta, con un valor límite de hasta \$4.000.000 No cubre porcentajes adicionales que se pagan a capital durante la vigencia del crédito.	10% del valor comercial del vehículo al momento de la ocurrencia del siniestro con un límite de hasta \$10.000.000, y adicionalmente se indemnizará para gastos de traspaso del vehículo y matrícula un valor de \$250.000	Valor fijo de 5.000.000 por pasajero. Esta cobertura se extiende a los ocupantes del vehículo (Máximo 5 para automóviles y 2 para motos). La cobertura opera siempre que los ocupantes sean del vehículo adquirido con el crédito otorgado por el banco.	
Límite de la cobertura	El límite del beneficio corresponderá con el 100% del valor asegurado.					
Período activo mínimo "Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización"	6 meses.	No se establece periodo activo mínimo		Único Evento		
Período de carencia "Período de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	30 días	90 días	No aplica			
ECOSISTEMA DE SEGURO	Gracias a la alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. , ponemos a su disposición una plataforma de servicios que ayudarán a disfrutar de manera más amplia los beneficios de su seguro. Los servicios podrán ser presentados directamente o por terceros. El alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado. Para mayor información sobre los servicios comuníquese con nuestras líneas de atención.					
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado en la vigencia del Seguro.		Ilimitado en la vigencia del seguro, sin que se indemnice un diagnóstico ya repetido o enfermedad preexistente que padezca el asegurado al momento de inicio de vigencia del seguro.	Único evento		
Edad mínima de ingreso	18 años					
Edad máxima de ingreso	64 años + 364 días					
Edad máxima permanencia	69 años + 364 días					

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.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos

Tipo de Identificación C.C. C.E. P.S. No. de Identificación

Fecha de Nacimiento D / M / AA Sexo M F Lugar de Nacimiento

Nacionalidad Dirección de Residencia Ciudad Departamento

País de Residencia Teléfono E-mail

BENEFICIARIOS

Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.

- Para los amparos de Desempleo o Incapacidad Total Temporal (asalariados) y el anexo de Enfermedades Graves: **BANCO DE OCCIDENTE S.A.**
- Para el anexo de GAP: **EL ASEGURADO.**
- Para la cobertura de Muerte Accidental de ocupantes del vehículo: Los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de ley. Para los ocupantes del vehículo los beneficiarios serán los de ley.
- Para la cobertura de Incapacidad Total Permanente de los ocupantes del vehículo: El Asegurado y/o los ocupantes del vehículo

DATOS BENEFICIARIO(S)

NOTA: Si usted desea designar sus beneficiarios por favor diligenciar este espacio, de lo contrario los Beneficiarios serán los de la ley.

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

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

IMPORTANTE

SEGUROS ALFA S.A. Asumen 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.

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

TASA DEL SEGURO		1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán mensuales. 2. La vigencia iniciará al momento del desembolso del crédito y terminará con el vencimiento del plazo inicialmente seleccionado en el presente certificado, o con el cumplimiento de cualquiera de las causales de terminación. En caso de que el crédito no sea desembolsado, el seguro no entrará en vigencia. 3. La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito por la tasa de seguro con IVA. El recaudo de la misma se efectuará con frecuencia mensual y el cliente lo verá reflejado en su extracto del producto financiero emitido por el Banco. 4. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro, para efectuar el pago de la prima. 5. 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. 6. La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o por cualquiera de las causales de terminación del seguro. 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.
Sin IVA	6,48%	
IVA	1,23%	
Con IVA	7,71%	

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.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

- Mora en el pago de la prima.
- 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 a través de los canales de atención expuestos en la sección "Atención al Consumidor Financiero".
- Revocación unilateral para amparos diferentes a vida, mediante noticia escrita por parte de la aseguradora a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha de envío.
- Muerte del asegurado

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada después de realizada la solicitud de revocación.

DECLARACIONES

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 64 años y 364 días.
- Manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro voluntario, firmado entre **SEGUROS ALFA S.A.** y **BANCO DE OCCIDENTE S.A.**, conozco, cumplo y acepto las condiciones del presente seguro.
- Manifiesto expresamente que me han explicado el detalle de las coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en la ruta <http://bseg.co/Seguro6928-6930>.
- Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro de enfermedades graves.
- 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 generará la nulidad relativa del seguro.
- Declaro que soy consciente que el seguro no cubre la muerte relacionada a las enfermedades mencionadas anteriormente y diagnosticadas con anterioridad a la compra de la presente póliza.

AUTORIZACIONES

- Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para hacer Tratamiento de mis datos, para fines legales, contractuales, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro, PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, Transferir y/o Transmitir mis datos personales a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, incluyendo mensajes de datos, con el tomador de la póliza, sus aliados estratégicos, terceros tales como, proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante, o accionistas. Se que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas. Declaro que la información vinculada con terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual.
Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página Web www.segurosalfa.com.co enlace "Política de datos".
- 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.
- Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en el presente certificado individual de seguro
- 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 del crédito desembolsado. 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 **SEGUROS ALFA S.A.**
- Autorizo al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** para que cuando sea beneficiario del seguro efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- Autorizo a que en el evento de revocación unilateral, la cancelación se haga efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada y recaudada después de realizada la solicitud de revocación.

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales o interponer queja o reclamo, por favor comuníquese con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular así:

	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN	MANIZALES	CARTAGENA	BARRANQUILLA	PEREIRA	A NIVEL NACIONAL
	60(1) 7455408	60(2) 4850859	60(4) 6040998	60(6) 8962160	60(5) 6931426	60(5) 3851254	60(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 60(1) 7435333 Ext 14454. Email: defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.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:

- Líneas locales de atención al cliente de **SEGUROS 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 página web del Banco, por el portal Bancaseguros.
- A través de la página web y/o link que se indica a continuación: <http://bseg.co/Seguro6928-6930>.
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
No de Documento: _____

Firma Autorizada SEGUROS ALFA S.A.
NIT. 860.031.979-8

Firma Asesor de Ventas

Nombre del Comercial	Código del Comercial	Zona	Código de la Oficina	Cédula del Comercial
----------------------	----------------------	------	----------------------	----------------------

NO VALIDO PARA DILIGENCIAR

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA CRÉDITO DE VEHÍCULOS O MOTOS
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO
ASALARIADOS**

Esta solicitud de seguro hace parte de las pólizas de seguro cuota protegida No. **DES 0000184-0000186** en las cuales constan los contratos de seguro celebrados entre el **BANCO DE OCCIDENTE S.A. y SEGUROS ALFA S.A.**

NÚMERO DE SOLICITUD: Corresponde al número del crédito, unido al número de identificación del Asegurado (Cédula de ciudadanía).

No. **0000001**

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

TIPO DE VEHICULO 94 - Vehículo 99 - Moto

Coberturas que Aplican						
PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO						
INTERÉS ASEGURABLE PARA ASALARIADOS	DESEMPLEO (Sin justa causa)	INCAPACIDAD TEMPORAL ASALARIADOS (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES	GAP	MUERTE ACCIDENTAL OCUPANTES VEHÍCULO	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL OCUPANTES DEL VEHÍCULO
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 término fijo o indefinido).	✓	✓				
Servidor publico.	✓	✓				
Vinculado a una empresa bajo contrato Obra o labor que hayan trabajado mínimo un año bajo este tipo de contrato.	✓	✓				
Vinculado a una empresa bajo contrato por prestación de servicios, que hayan trabajado mínimo un año bajo este tipo de contrato.	✓	✓				
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.			✓			
Aplica si usted tiene un crédito de vehículo aprobado, el vehículo es liviano de uso particular y tiene menos de ocho años de antigüedad. Debe contar con seguro todo riesgo para el vehículo.				✓		
Si La causa del evento es accidental y el accidente se presenta dentro de la vigencia de la póliza.					✓	✓

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

CUOTA PROTEGIDA VEHICULOS O MOTOS

PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO

DESCRIPCIÓN	PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO					
Código de Condicionado:	01/12/2021-1325-P-24-6928000018600000-0R00 / 01/12/2021-1325-P-24-6930000018400000-0R00					
Código de Nota Técnica:	01/12/2021-1325-NT-P-24-G-P-BSDEAV-2021-8-0R00 / 01/12/2021-1325-NT-P-24-G-P-BSDEAV-2021-9-0R00					
DESCRIPCIÓN Valores Asegurados	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TEMPORAL ASALARIADOS (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES	GAP	MUERTE ACCIDENTAL OCUPANTES VEHÍCULO	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL OCUPANTES DEL VEHÍCULO
	Pago único de seis (6) cuotas de hasta \$4.000.000 cada una, limitadas al valor de la cuota mensual ordinaria del crédito, en caso de despido sin justa causa. Si al momento de la indemnización quedan menos de seis (6) cuotas del crédito pendientes por pagar, se procederá a reconocer a favor del Banco las cuotas pendientes y las cuotas que queden se reconocerán a favor del asegurado. Para los créditos de Cuotas Extras, en todo caso se reconocerán hasta máximo seis (6) cuotas por concepto de indemnización, cada una limitada al valor de la cuota mensual inicialmente pactada en el crédito. En caso que el asegurado este obligado a pagar una cuota o varias cuotas extras, cada una de éstas se indemnizará con un valor límite de hasta \$4.000.000. Para los productos especiales de créditos (Plan Flexible y Plan Premium), en todo caso se reconocerán hasta máximo seis (6) rentas por concepto de indemnización cada una limitada al valor de la cuota mensual más alta, con un valor límite de hasta \$4.000.000 No cubre porcentajes adicionales que se pagan a capital durante la vigencia del crédito.	Pago único de hasta seis (6) cuotas de hasta \$4.000.000 cada una, limitadas al valor de la cuota mensual ordinaria del crédito. En todo caso, el número de cuotas a ser reconocidas no podrá superar el número de cuotas que hubiesen sido pagadas incluso si el crédito se encontrara vigente, en cuyo caso el valor total agregado de cuotas estará limitado al saldo insoluto de la deuda del crédito originalmente tomado por el asegurado con el Tornador. Para los créditos de Cuotas Extras, en todo caso se reconocerán hasta máximo seis (6) cuotas por concepto de indemnización, cada una limitada al valor de la cuota mensual inicialmente pactada en el crédito. En caso que el asegurado este obligado a pagar una cuota o varias cuotas extras, cada una de éstas se indemnizará con un valor límite de \$4.000.000. Para los productos especiales de créditos (Plan Flexible y Plan Premium), en todo caso se reconocerán hasta máximo seis (6) rentas por concepto de indemnización cada una limitada al valor de la cuota mensual más alta, con un valor límite de hasta \$4.000.000 No cubre porcentajes adicionales que se pagan a capital durante la vigencia del crédito. (Igual o superior a 15 días)	Pago único de doce (12) cuotas de hasta \$4.000.000 cada una, limitadas al valor de la cuota mensual ordinaria del crédito, en caso de diagnóstico de una de las siete (7) enfermedades graves incluidas en la cobertura. Si al momento de la indemnización quedan menos de doce (12) cuotas del crédito pendientes por pagar, se procederá a reconocer a favor del Banco las cuotas pendientes y las cuotas que queden se reconocerán a favor del asegurado. Para los créditos de Cuotas Extras, en todo caso se reconocerán hasta máximo doce (12) cuotas por concepto de indemnización, cada una limitada al valor de la cuota mensual inicialmente pactada en el crédito. En caso que el asegurado este obligado a pagar una cuota o varias cuotas extras, cada una de éstas se indemnizará con un valor límite de hasta \$4.000.000. Para los productos especiales de créditos (Plan Flexible y Plan Premium), en todo caso se reconocerán hasta máximo doce (12) rentas por concepto de indemnización cada una limitada al valor de la cuota mensual más alta, con un valor límite de hasta \$4.000.000 No cubre porcentajes adicionales que se pagan a capital durante la vigencia del crédito.	10% del valor comercial del vehículo al momento de la ocurrencia del siniestro con un límite de hasta \$10.000.000, y adicionalmente se indemnizará para gastos de traspaso del vehículo y matrícula un valor de \$250.000	Valor fijo de 5.000.000 por pasajero. Esta cobertura se extiende a los ocupantes del vehículo (Máximo 5 para automóviles y 2 para motos). La cobertura opera siempre que los ocupantes sean del vehículo adquirido con el crédito otorgado por el banco.	
Límite de la cobertura	El límite del beneficio corresponderá con el 100% del valor asegurado.					
Período activo mínimo "Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización"	6 meses.	No se establece periodo activo mínimo			Único Evento	
Período de carencia "Período de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización".	30 días	90 días	No aplica			
ECOSISTEMA DE SEGURO	Gracias a la alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. , ponemos a su disposición una plataforma de servicios que ayudarán a disfrutar de manera más amplia los beneficios de su seguro. Los servicios podrán ser presentados directamente o por terceros. El alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado. Para mayor información sobre los servicios comuníquese con nuestras líneas de atención.					
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Ilimitado en la vigencia del Seguro.		Ilimitado en la vigencia del seguro, sin que se indemnice un diagnóstico ya repetido o enfermedad preexistente que padezca el asegurado al momento de inicio de vigencia del seguro.	Único evento		
Edad mínima de ingreso	18 años					
Edad máxima de ingreso	64 años + 364 días					
Edad máxima permanencia	69 años + 364 días					

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 ALFA S.A.
 NIT 860.031.979-8

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

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

BENEFICIARIOS

Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.
 - Para los amparos de Desempleo o Incapacidad Total Temporal (asalariados) y el anexo de Enfermedades Graves: **BANCO DE OCCIDENTE S.A.**
 - Para el anexo de GAP: **EL ASEGURADO.**
 - Para la cobertura de Muerte Accidental de ocupantes del vehículo: Los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de ley. Para los ocupantes del vehículo los beneficiarios serán los de ley.
 - Para la cobertura de Incapacidad Total Permanente de los ocupantes del vehículo: El Asegurado y/o los ocupantes del vehículo

DATOS BENEFICIARIO(S)

NOTA: Si usted desea designar sus beneficiarios por favor diligenciar este espacio, de lo contrario los Beneficiarios serán los de la ley.

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

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

IMPORTANTE

SEGUROS ALFA S.A. Asumen 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.

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

TASA DEL SEGURO	
Sin IVA	6,48%
IVA	1,23%
Con IVA	7,71%

1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán mensuales.
 2. La vigencia iniciará al momento del desembolso del crédito y terminará con el vencimiento del plazo inicialmente seleccionado en el presente certificado, o con el cumplimiento de cualquiera de las causales de terminación. En caso de que el crédito no sea desembolsado, el seguro no entrará en vigencia.
 3. La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito por la tasa de seguro con IVA. El recaudo de la misma se efectuará con frecuencia mensual y el cliente lo verá reflejado en su extracto del producto financiero emitido por el Banco.
 4. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro, para efectuar el pago de la prima.
 5. 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.
 6. La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o por cualquiera de las causales de terminación del seguro. 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.

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 DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:
 1. Mora en el pago de la prima.
 2. 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 a través de los canales de atención expuestos en la sección "Atención al Consumidor Financiero".
 3. Revocación unilateral para amparos diferentes a vida, mediante noticia escrita por parte de la aseguradora a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha de envío.
 4. Muerte del asegurado
Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada después de realizada la solicitud de revocación.

DECLARACIONES

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 64 años y 364 días.
- Manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro voluntario, firmado entre **SEGUROS ALFA S.A.** y **BANCO DE OCCIDENTE S.A.**, conozco, cumplo y acepto las condiciones del presente seguro.
- Manifiesto expresamente que me han explicado el detalle de las coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en la ruta <http://bseg.co/Seguro6928-6930>.
- Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro de enfermedades graves.
- 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 generará la nulidad relativa del seguro.
- Declaro que soy consciente que el seguro no cubre la muerte relacionada a las enfermedades mencionadas anteriormente y diagnosticadas con anterioridad a la compra de la presente póliza.

AUTORIZACIONES

- Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para hacer Tratamiento de mis datos, para fines legales, contractuales, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro, PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, Transferir y/o Transmitir mis datos personales a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, incluyendo mensajes de datos, con el tomador de la póliza, sus aliados estratégicos, terceros tales como, proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante, o accionistas. Se que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas. Declaro que la información vinculada con terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual.
Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página Web www.segurosalfa.com.co enlace "Política de datos".
- 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.
- Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en el presente certificado individual de seguro
- 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 del crédito desembolsado. 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 **SEGUROS ALFA S.A.**
- Autorizo al **BANCO DE OCCIDENTE S.A.** para que cuando sea beneficiario del seguro efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- Autorizo a que en el evento de revocación unilateral, la cancelación se haga efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada y recaudada después de realizada la solicitud de revocación.

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales o interponer queja o reclamo, por favor comuníquese con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular así:

	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN	MANIZALES	CARTAGENA	BARRANQUILLA	PEREIRA	A NIVEL NACIONAL
	60(1) 7455408	60(2) 4850859	60(4) 6040998	60(6) 8962160	60(5) 6931426	60(5) 3851254	60(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 60(1) 7435333 Ext 14454. Email: defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.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:

- Líneas locales de atención al cliente de **SEGUROS 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 página web del Banco, por el portal Bancaseguros.
- A través de la página web y/o link que se indica a continuación: <http://bseg.co/Seguro6928-6930>.
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
No de Documento: _____

Firma Autorizada SEGUROS ALFA S.A.
NIT. 860.031.979-8

Firma Asesor de Ventas

Nombre del Comercial	Código del Comercial	Zona	Código de la Oficina	Cédula del Comercial
----------------------	----------------------	------	----------------------	----------------------

NO VALIDO PARA DILIGENCIAR