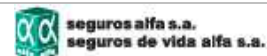


FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS



El suministro de la información solicitada en el presente formulario y su diligenciamiento no implica aceptación de responsabilidad de carácter alguno por parte de Seguros Alfa S.A o de Seguros de Vida Alfa S.A.

El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones, rayas, ni palabras en comillas y escrita de puño y letra del beneficiario.

| Tipo de producto bancario afectado   |  |                                |   |                          |  |  |  |                          |   |
|--|--|--------------------------------|---|--------------------------|--|--|--|--------------------------|---|
| TC   | <input type="checkbox"/>                       | Cta de Ahorros / Cta Corriente | <input type="checkbox"/>                  | Crediservice             | <input type="checkbox"/>   | Crédito libre destino/Vehículos/Libranza | <input type="checkbox"/>   | Microcréditos            | <input type="checkbox"/>                          |
| Cobertura afectada   |  |                                |   |                          |  |  |  |                          |   |
| <b>SEGURO AUTO PROTEGIDO PLUS</b>  | Muerte Accidental vehicular del asegurado      | <input type="checkbox"/>       | Enfermedades Graves                       | <input type="checkbox"/> | Anexo de pago de libre destinación en caso de pérdida total por daño o hurto | <input type="checkbox"/>                 | Muerte Accidental de los ocupantes del vehículo  | <input type="checkbox"/> | Hurto de Bienes dejados en el vehículo            |
| <b>SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES</b>   | Muerte Accidental                              | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total y Permanente            | <input type="checkbox"/> | Incapacidad Total Temporal   | <input type="checkbox"/>                 | Indemnización adicional por muerte accidental  | <input type="checkbox"/> | Desmembración como consecuencia de accidente      |
| <b>SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PROTECCIÓN BIENESTAR Y VIDA</b>   | Muerte Accidental                              | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total y Permanente            | <input type="checkbox"/> | Cuidados Prolongados   | <input type="checkbox"/>                 | Rotura de huesos de cadera (acetábulo), fémur, tibia, vertebras. En general, rótula y peroné.        | <input type="checkbox"/> |   |
| <b>SEGURO DE CÁNCER</b>  | Muerte por cualquier causa                     | <input type="checkbox"/>       | Detección cáncer maligno                  | <input type="checkbox"/> |  |  |  |                          |   |
| <b>SEGURO DE CÁNCER FEMENINO</b>   | Muerte Accidental                              | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total Temporal                | <input type="checkbox"/> | Renta diaria por Hospitalización   | <input type="checkbox"/>                 | Detección cáncer femenino  | <input type="checkbox"/> | Cirugía reconstructiva por cáncer de seno         |
| <b>SEGURO DE CUENTA PROTEGIDA</b>  | Uso Indevido de la tarjeta                     | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total y Permanente            | <input type="checkbox"/> | Hurto en cajero  | <input type="checkbox"/>                 | Utilización Forzada  | <input type="checkbox"/> | Compra protegida                                  |
| <b>SEGURO DE CUENTA PROTEGIDA INTEGRAL</b>   | Uso Indevido de la tarjeta                     | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total y Permanente            | <input type="checkbox"/> | Hurto en cajero  | <input type="checkbox"/>                 | Utilización Forzada  | <input type="checkbox"/> | Garantía extendida                                |
| <b>SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES</b>   | Desempleo Involuntario                         | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total Temporal                | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Graves  | <input type="checkbox"/>                 | Desempleo Involuntario   | <input type="checkbox"/> | Incapacidad Total Temporal                        |
| <b>SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, DETECCIÓN DE CÁNCER FEMENINO Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA</b> | Desempleo Involuntario                         | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total Temporal                | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Graves  | <input type="checkbox"/>                 | Detección cáncer femenino y próstata   | <input type="checkbox"/> |   |
| <b>SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES</b>   | Muerte Accidental                              | <input type="checkbox"/>       | Enfermedades Graves                       | <input type="checkbox"/> |  |  |  |                          |   |
| <b>SEGURO DE SUSTRACCIÓN BOLSO/ BILLETERA PROTEGIDO</b>  | Reposición de documentos                       | <input type="checkbox"/>       | Reposición bolso, billetera y contenido   | <input type="checkbox"/> | Reposición de LLaves   | <input type="checkbox"/>                 |  |                          |   |
| <b>SEGURO MICROEMPRESARIO</b>  | Muerte   | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total y Permanente            | <input type="checkbox"/> | Incapacidad Total  | <input type="checkbox"/>                 | Anexo Enfermedades Graves  | <input type="checkbox"/> | Auxilio Funerario                                 |
| <b>SEGURO PROTECCIÓN INTEGRAL CÁNCER</b>   | Muerte a consecuencia de cáncer                | <input type="checkbox"/>       | Tratamiento de Cáncer                     | <input type="checkbox"/> | Diagnóstico Cáncer   | <input type="checkbox"/>                 | Renta por hospitalización como   | <input type="checkbox"/> | Medicamentos para tratamiento de cáncer           |
| <b>SEGURO PROTECCIÓN INTEGRAL FAMILIA</b>  | Muerte   | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total y Permanente            | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Graves  | <input type="checkbox"/>                 | Incapacidad total permanente como consecuencia de un accidente sufrido como pasajero de una aeronave | <input type="checkbox"/> | Renta canasta familiar beneficiarios              |
| <b>SEGURO PROTECCIÓN SEGMENTO EXPERIENCIA</b>  | Muerte Accidental                              | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total y permanente Accidental | <input type="checkbox"/> | Cuidados Prolongados   | <input type="checkbox"/>                 | Rotura de huesos de cadera (acetábulo), fémur, tibia, vertebras. En general, rótula y peroné.        | <input type="checkbox"/> |   |
| <b>SEGURO DE TARJETA PROTEGIDA</b>   | Compra protegida                               | <input type="checkbox"/>       | Uso Indevido de la tarjeta                | <input type="checkbox"/> | Garantía extendida   | <input type="checkbox"/>                 | Muerte Accidental  | <input type="checkbox"/> | Hurto en cajero                                   |
| <b>SEGURO DE TARJETA PROTEGIDA INTEGRAL</b>  | Compra protegida                               | <input type="checkbox"/>       | Utilización Forzada                       | <input type="checkbox"/> | Reposición de LLaves   | <input type="checkbox"/>                 | Uso Indevido de la tarjeta   | <input type="checkbox"/> | Reposición bolso, billetera y contenido           |
| <b>SEGURO DE TARJETA PROTEGIDA INTEGRAL PREMIUM</b>  | Muerte Accidental                              | <input type="checkbox"/>       | Reposición bolso, billetera y contenido   | <input type="checkbox"/> | Reposición de documentos   | <input type="checkbox"/>                 | Uso Indevido de la tarjeta   | <input type="checkbox"/> | Compra fraudulenta por internet                   |
| <b>SEGURO VIDA AHORRADOR</b>   | Muerte por cualquier causa                     | <input type="checkbox"/>       | Renta canasta familiar beneficiarios      | <input type="checkbox"/> |  |  | Incapacidad Total y permanente   | <input type="checkbox"/> | Auxilio libre destinación en caso de muerte       |
| <b>SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES TARJETAS DE CRÉDITOS</b>  | Utilización Forzada de las tarjetas de crédito | <input type="checkbox"/>       | Incapacidad Total y Permanente            | <input type="checkbox"/> | Hurto en cajero  | <input type="checkbox"/>                 | Amparo de incapacidad total temporal (para independientes)   | <input type="checkbox"/> | Amparo de desempleo involuntario (para empleados) |
|  | Muerte por cualquier causa                     | <input type="checkbox"/>       | Hurto en cajero                           | <input type="checkbox"/> |  |  |  |                          |   |

**Datos del Asegurado**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación:  C.C.  C.E.  PS.  Número de identificación: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:  D  D  M  M  A  A  A  A

Actividad económica: Empleado  Independiente  Estudiante  Rentista o Pensionado  Otra: Cuál?: \_\_\_\_\_

Tipo de contrato: Contrato Obra o Labor  Contrato Servicios  Asociado a Cooperativa   
 Contrato a Termino Indefinido  Contrato Término Fijo  Otra:  Cuál?: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: \_\_\_\_\_ No. Prod. Bancario Asociado al Seguro: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Datos del Siniestro**

Fecha de ocurrencia del siniestro:  A  A  A  A  M  M  D  D

**Importante:**  
 En caso de siniestro por **Hurto en Cajero**, registre la hora en la ocurrió el hecho \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ AM   
 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ PM

En caso de siniestro por **Garantía Extendida**, registre los datos del bien afectado: TIPO DE BIEN \_\_\_\_\_  
 MARCA \_\_\_\_\_  
 MODELO \_\_\_\_\_

Declaración de los hechos constitutivos de siniestro: \_\_\_\_\_

**Datos del apoderado del asegurado o beneficiario principal (completar sólo si es distinto al asegurado)**

**Nota: En aquellos casos en los que la reclamación se presente por intermedio de apoderado o beneficiario, se hará necesario aportar documento debidamente autenticado, en el cual conste tal situación, el cual deberá tener máximo cinco (5) días de expedición.**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación:  C.C.  C.E.  PS.  Número de identificación: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Actividad económica: Empleado  Independiente  Estudiante  Rentista o pensionado  Parentesco con el asegurado:

Dirección: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nota: En los casos en los que haya más de un beneficiario reclamante, se debe diligenciar un formato independiente por cada uno de los beneficiarios. Para todas las coberturas, registre los datos de la cuenta a la cual se le girarán los recursos por el pago de la indemnización**

Tipo de Cuenta: Ahorros  Corriente  N° de cuenta:                     Banco: \_\_\_\_\_

No poseo cuenta  En caso de no tener cuenta de ahorros o corriente en el sistema financiero la aseguradora se comunicará con el asegurado para informarle como se realizará el pago.

**Origen y declaración de ingresos**

**Nota: Esta sección debe ser diligenciada en todos los casos por el Asegurado, Apoderado o el Beneficiario**

Declaro Expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de \_\_\_\_\_ (Renta, pensión,
- Tanto mi actividad, profesión u oficio son lícitas y las ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las tipificadas como tal en el
- La información que he suministrado en este documento, es veraz y verificable.
- Autorizo a las entidades aseguradoras, sociedades de capitalización e intermediarios de seguros, para que con los fines estadísticos y de información entre compañías y entre éstas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada de la presente declaración de siniestro o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya
- Los recursos que se reciban con ocasión del pago de la indemnización, en caso de que ésta sea reconocida, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o

Relacione las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas por concepto de seguros, respecto de cualquier asegurador, en los dos últimos años.

| Año | Seguro afectado | Compañía de Seguros | Moneda | Valor de la |
|-----|-----------------|---------------------|--------|-------------|
|     |                 |                     |        |             |
|     |                 |                     |        |             |

**Nota:** Autorizo a Seguros Alfa S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A. para solicitar cualquier información y hacer cualquier verificación que eventualmente sea necesaria para el pago de la indemnización.

**Información Adicional (diligenciar en todos los casos)**

En el caso que su actividad económica, sea independiente o empleado dependiente, diligencie los siguientes datos de la oficina, empresa o negocio donde labora

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Ingresos y Patrimonio (Para toda actividad económica)**

|                    |    |                   |    |                  |    |                  |    |
|--------------------|----|-------------------|----|------------------|----|------------------|----|
| Ingresos Mensuales | \$ | Egresos Mensuales | \$ | Total de Activos | \$ | Total de Pasivos | \$ |
|--------------------|----|-------------------|----|------------------|----|------------------|----|

Realiza actividades u operaciones con moneda extranjera: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuales?(Entidad, Número de cuenta y Monto): \_\_\_\_\_

| Firma y Huella del Solicitante  | Firma y sello del Banco de Bogotá  |
|---|--|
| <p>_____<br/>           Firma del Asegurado/Apoderado o Beneficiario</p> <p>Número del Documento: _____<br/>           Fecha de reclamación <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A</p> | <p>_____<br/>           Firma de Quien Valida</p> <p>_____<br/>           Nombre de Quien Valida</p> <p>_____<br/>           Cargo</p> <p>_____<br/>           Fecha Recepción <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A</p> |

**IMPORTANTE**

**Importante:** La aceptación del siniestro y el pago de la indemnización correspondiente dependen en su totalidad del análisis realizado por la Aseguradora.

**Nota:** El aviso del siniestro es responsabilidad del asegurado, la indemnización del seguro solo se produce con una reclamación formal por parte del mismo.