

## Solicitud de Seguro de Accidentes Personales Bancocci-AP

### PERSONA NATURAL

<b>Nombres:</b>		<b>Primer Apellido:</b>	<b>Segundo Apellido:</b>	<b>Apellido Casada:</b>
<b>Lugar de Nacimiento:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Nacionalidad:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Sexo:</b> M: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/>	<b>Estado Civil:</b> Soltero: <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/> Unión Libre: <input type="checkbox"/> Divorciado: <input type="checkbox"/>		<b>Tipo de Identificación:</b> Tarjeta Identidad: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> Carnet de Residente: <input type="checkbox"/> Partida de Nacimiento: <input type="checkbox"/>	
<b>No. De Identificación:</b>	<b>Teléfono Residencia:</b>	<b>Celular:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>	
<b>Dirección de Residencia:</b>			<b>Departamento y Ciudad:</b>	

### BENEFICIARIOS

Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje

### RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

Coberturas	Opción I	Opción II	Opción III	Opción IV	Opción V*
Muerte Accidental	L 10,000.00	L 20,000.00	L 50,000.00	L 100,000.00	L150,000.00
Reembolso de Gastos Médicos Por Accidente	L 3,000.00	L 5,000.00	L 10,000.00	L15,000.00	L20,000.00
Deducible por Evento para la Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	L150.00	L300.00	L300.00	L300.00	L300.00
Gastos Funerarios por accidente	L 5,000.00	L 5,000.00	L 15,000.00	L 20,000.00	L20,000
<b>Prima mensual a pagar</b>	<b>L 20.00</b>	<b>L 35.00</b>	<b>L 80.00</b>	<b>L 165.00</b>	<b>L 240.00</b>
<b>Marcar con una X la opción seleccionada</b>					

Nota: La Cobertura opera 24 horas después de adquirido su certificado de seguro.

\*Aplica la cobertura de Vuelos Comerciales para la opción V.

## AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Número de cuenta o Tarjeta de Crédito	
Fecha de vencimiento:	
Prima Mensual a Debitar:	
Nombre del colaborador que tramita la solicitud:	
Nombre de la agencia:	
Código de agencia:	

-Forma parte integrante de esta Póliza: la solicitud, las condiciones generales, el anexo de riesgos cubiertos y límites de responsabilidad, las condiciones especiales y particulares que posteriormente se agreguen mediante endoso.

-Este Certificado no surtirá sus efectos si el asegurado no se encuentra al día con las primas de seguro del Plan Contratado siempre y cuando la aseguradora haya cumplido con el procedimiento establecido en el Artículo 1133 del Código de Comercio.

-Las Condiciones Generales de la Póliza emitida por **AIG** obran en poder de **BANCO DE OCCIDENTE S.A.**, quien es el Contratante del Seguro de Accidentes Personales para sus clientes.

- Periodo de Gracia: Se concederá un periodo de gracia de Sesenta (60) días para el pago de la prima.

El pago de la primera prima será inmediato mediante débito automático el mismo día en que el cliente suscriba el seguro. Para el pago de las primas subsiguientes mediante débito automático el periodo de gracia se activará a partir del día siguiente del primer cobro recurrente realizado según ciclo de cobro correspondiente a cada cliente.

Nota: Si durante el periodo de gracia se produjera un siniestro el asegurado deberá pagar el saldo pendiente para que la Compañía pueda hacer efectivo el pago del mismo.

- Renovación Automática del Seguro de Accidentes Personales: La renovación del seguro de Accidentes Personales será automática siempre y cuando el cuenta-habiente tenga fondos disponibles en su cuenta.

- Cancelación Automática del Seguro de Accidentes Personales: La cancelación del seguro de Accidentes Personales será automática si el cliente asegurado no mantiene fondos en su cuenta después de estar en mora más de 60 días, es decir la póliza se cancelará automáticamente por falta de pago sin previo aviso al día 61. Una vez cancelado el certificado si el cliente desea continuar con la cobertura deberá solicitar la emisión de un nuevo certificado.

- Cobro Recurrente: Los ciclos de cobro se realizan automáticamente en las siguientes fechas: 7, 15, 22 y 29 de cada mes siempre y cuando sean días laboralmente hábiles.

Se especifica que el ciclo de cobro de cada cliente dependerá de la fecha en que suscriba el seguro.

- Autorizo a **Banco de Occidente S.A.**, que se haga cargo a mi cuenta de ahorros, cuenta de cheques o tarjeta de crédito, de la cantidad requerida para cubrir la cuota de la prima que genera esta solicitud.

Me reservo el derecho de revocar autorización para cubrir dicho cargo en cualquier tiempo, mediante aviso escrito al contratante.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del titular de la cuenta o tarjeta de crédito**

Nombre: \_\_\_\_\_

No. De Identidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado**

Nombre: \_\_\_\_\_

No. De Identidad: \_\_\_\_\_