

SOLICITUD DE SEGURO

El operador de Seguros es ÁLAMO ANDINO ASESORES DE SEGUROS LTDA. y las aseguradoras y los seguros ofrecidos son:

* **SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES – ASEGURADORA CHUBB DE COLOMBIA** COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.: Contra los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente, actuando como tomador el BANCO WWB S.A., por cuenta de sus deudores respecto del saldo de los créditos adeudados.

* **SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO – ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** : Tomado a potestad del deudor contra el riesgo de muerte, con un amparo básico equivalente al pago de una prima a los beneficiarios determinados por el mismo en caso de muerte.

INCLUYE SEGURO VOLUNTARIO?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	OFICINA	CÓDIGO DE OFICINA
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------	-------------------

ANALISTA DE CRÉDITO	INICIALES ANALISTA	No. CÉDULA
---------------------	--------------------	------------

TOMADOR BANCO WWB S.A.	NIT 900.378.212-2	CRÉDITO No
---------------------------	----------------------	------------

ASEGURADO

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>
			No.	_____

FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	TELÉFONO	CELULAR
D M A				

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	IDENTIFICACIÓN	%

He sido informado que la mora en el pago de la prima de seguro produce la terminación automática del contrato y de la cobertura, lo que ocurrirá en el caso del seguro voluntario "Voy Seguro" a partir del día 61 de mora y en el caso del seguro de vida deudores partir del día 121 de mora. Para los dos seguros igualmente el contrato y la cobertura finalizará automáticamente al momento de terminar la deuda con el Banco WWB S.A.

Autorizo en forma expresa a cualquier entidad prestadora de servicios de salud (IPS), entidad promotora de salud (EPS), administradora del régimen subsidiado en salud (ARS) o administradora de Riesgos Profesionales (ARP) a suministrar a los médicos de la aseguradora mi información médica o clínica, relevando para el efecto a las entidades mencionadas de la reserva médica establecida en la Ley 23 de 1981.

Este formulario opera a partir de la fecha de diligenciamiento, anula y reemplaza automáticamente cualquier otro formulario diligenciado anteriormente o cualquier designación de beneficiarios que se haya hecho antes y que corresponda al crédito en mención.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

D	M	A
---	---	---

No. DOCUMENTO

FIRMA DEL SOLICITANTE

CIUDAD _____