



PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO VIDA AHORRADOR

CONDICIONES BANCO BOGOTÁ

Señor asegurado, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió. Esta póliza se compone de las presentes Condiciones y la Solicitud de Seguro.

1. COBERTURAS

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

¿Qué me cubre? Si durante la vigencia de la póliza usted muere por cualquier causa, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.

IMPORTANTE

- No se cubre el suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

¿Qué me cubre? Si usted sufre una incapacidad total y permanente a consecuencia de una enfermedad, accidente, o lesión, se reconocerá el pago del valor asegurado. Esta incapacidad deberá establecerse en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la EPS o ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez o cualquier otro Dictamen legalmente admisible, en atención al régimen aplicable y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).

IMPORTANTE

- Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, como la fecha determinada en el momento en que la persona evaluada alcance el cincuenta por ciento (50 %) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional, esto es, la fecha de estructuración. Además, esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral.
- No se cubre el intento de suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza.
- Los beneficiarios del asegurado podrán reclamar el valor de la indemnización de la cobertura de Muerte por cualquier causa en caso de que el asegurado muera así antes éste haya sido incapacitado total y permanente y a consecuencia de esta incapacidad haya sido indemnizado a través de la presente cobertura.

1.3. RENTA POR CANASTA FAMILIAR

¿Qué me cubre? Sí durante la vigencia de la póliza usted muere o sufre una incapacidad total por cualquier causa, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o de ley, el pago del valor asegurado.



IMPORTANTE

- No procede el reconocimiento de esta renta cuando las coberturas de muerte por cualquier causa, incapacidad total permanente sean objetadas.
- Cuando el asegurado sea incapacitado a consecuencia de un accidente, se procederá a reconocer el pago de la indemnización correspondiente a incapacidad total permanente y una renta por canasta familiar. En caso de que el asegurado muera después de la Incapacidad Total Permanente no se pagará Renta por Canasta Familiar.
- Sólo se reconoce un único evento. En ningún caso se reconocerá doble renta por canasta familiar al momento de la indemnización.

1.4. AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

¿Qué me cubre? Si durante la vigencia de la póliza usted muere por cualquier causa, se reconocerá un auxilio de libre destinación a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.

IMPORTANTE

- No se cubre el suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza.
- La muerte como consecuencia de enfermedades o lesiones padecidas con antelación al inicio de vigencia del presente seguro no serán amparadas bajo esta cobertura.
- No procede el reconocimiento de este auxilio cuando la cobertura de Muerte por cualquier causa sea objetada.

2. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES GENERALES (“ EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS”)

- Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y manipulación de explosivos o armas de fuego.
- Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.
- Enfermedades, lesiones, padecimientos o tratamientos médicos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como, cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.
- Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro.
- Accidentes o lesiones padecidos por el asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
- Cualquier condición relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana.
- El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
- Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.



- Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo
- Hechos ciertos.

3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, a usted como asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Sin embargo, para afectar las coberturas descritas en este seguro será necesario que en cada reclamación se alleguen además del formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por usted, los siguientes documentos:

• PARA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, RENTA POR CANASTA FAMILIAR EN CASO SE MUERTE, AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

1. Registro civil o notarial de defunción. En caso de muerte presunta copia autenticada de sentencia debidamente ejecutoriada en la cual se indique la presunta fecha de muerte.
2. Certificado del banco frente al promedio del saldo de la cuenta promedio de últimos 6 meses.

• PARA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE Y RENTA POR CANASTA FAMILIAR EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE:

1. Copia del dictamen de invalidez de la EPS, ARL, Colpensiones, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez en el que conste causa de la incapacidad y el porcentaje de pérdida de capacidad, así como, la historia clínica.

4. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

1. Complete los documentos.
2. Radique en la oficina del Banco de Bogotá o a través del buzón: siniestros@bancodebogota.com.co; O a través de la página web: <https://aseguradosbancodebogota.segurosalfa.com.co>; ; O a través de las líneas de servicio al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional; O a través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3125104890
3. Nos contactaremos con usted para informarle la resolución del caso.

Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación, la definición se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.



5. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, considere las siguientes definiciones:

ASEGURADO

En este seguro la persona asegurada es la titular de la cuenta de ahorros o corriente suscrita con el Banco de Bogotá S.A.

BENEFICIARIO

Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación según la cobertura.

- **Para las coberturas de muerte por cualquier causa, renta por canasta familiar en caso de muerte, auxilio de libre destinación en caso de muerte por cualquier causa del asegurado:** los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de ley.
- **Para las coberturas de incapacidad total permanente y renta por canasta familiar en caso de incapacidad total permanente:** El asegurado.

PRIMA

Es el precio del seguro.

SINIESTRO

Ocurrencia de los sucesos amparados que originen el pago del valor asegurado de la presente póliza.

VALOR ASEGURADO

Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.

EXCLUSIONES

Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A

ASEGURADOR: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. SE COMPLACE EN TENERLO A USTED COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA SATISFECHO CON LOS AMPAROS OFRECIDOS EN ESTE SEGURO.

En todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el Código de Comercio.

Código Condicionado: 16/09/2019-1417-P-34-0006080326900000-0R00

Nota Técnica: 140716-1417-NT-P-34- V-P- BSVGRA-2016-1 0R00