



## PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO PROTECCIÓN INTEGRAL FAMILIAR

### 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

- La muerte por suicidio no estará cubierta 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, 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.
- Esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y los exámenes de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral<sup>1</sup>.
- La incapacidad total permanente que ocurra a consecuencia del intento de suicidio no estará cubierta durante el primer año de vigencia de la póliza.

### 1.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AEREO SUFRIDO COMO PASAJERO DE UNA AERONAVE

**¿Qué me cubre?** Sí durante la vigencia de la póliza usted sufre una incapacidad total permanente como consecuencia de un accidente aéreo, sufrido como pasajero de una aeronave, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o de ley, el pago del valor asegurado.



### IMPORTANTE

- Esta incapacidad deberá estar sustentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la EPS o ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).
- Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, 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.
- Esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y los exámenes de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.
- El accidente que genere la incapacidad total permanente deberá ocurrir durante la vigencia del seguro.
- En esta cobertura la incapacidad total permanente que ocurra a consecuencia del intento de suicidio no estará cubierta.
- La indemnización que sea reconocida y pagada a favor del asegurado (“usted”) con ocasión al presente amparo será acumulable con el amparo de incapacidad total permanente.
- Por pasajero de transporte aéreo se entiende persona que se desplaza en una aerolínea comercial autorizada.

### 1.4. CANASTA FAMILIAR EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

**¿Qué me cubre?** Sí durante la vigencia de la póliza usted muere o sufre una incapacidad total y permanente por cualquier causa, debidamente dictaminada o certificada por Colpensiones, EPS, ARL, junta regional o nacional de calificación o cualquier autoridad legalmente facultada para efectuar dicho dictamen o certificación, se reconocerá un **valor único por canasta familiar**, a favor de sus beneficiarios designados o de ley, el pago del valor asegurado.

### 1.5. ANEXO DE RENTA MENSUAL ESCOLAR EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

**¿Qué me cubre?** Sí durante la vigencia de la póliza usted muere o sufre una incapacidad total y permanente por cualquier causa, debidamente dictaminada o certificada por Colpensiones, EPS, ARL, junta regional o nacional de calificación o cualquier autoridad legalmente facultada para efectuar dicho dictamen o certificación, se reconocerá un **valor único por renta escolar de los hijos del asegurado**, a favor de sus beneficiarios designados o de ley, el pago del valor asegurado.

### 1.6. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES.

**¿Qué me cubre?** Se reconocerá la suma asegurada para cubrir todas las necesidades en el caso en que al asegurado (“usted”) le sea diagnosticado o se le manifieste por primera vez alguna de las siete (07) enfermedades graves o los procedimientos que se mencionan a continuación. por favor tenga en cuenta que cualquier enfermedad o procedimiento distinto al enunciado no estará cubierto:



### IMPORTANTE

Las siguientes enfermedades y/o procedimientos deben estar certificados por un médico de la EPS, régimen subsidiado de salud, ARL, plan adicional de salud o póliza de salud a la cual el asegurado (“usted”) se encuentre afiliado o por un médico independiente licenciado en Colombia.

#### 1.6.1. Cáncer:

Se cubrirá el cáncer a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna de acuerdo con la definición y demostración que se señala a continuación:

- Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas de crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico licenciado en Colombia, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico (“biopsia”) que confirme positivamente la presencia de un cáncer.
- Cabe resaltar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer durante la vigencia de la póliza, esto incluye las metástasis de esta primera manifestación. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a Seguros de Vida Alfa S.A. no será cubierta por este seguro.

#### ¿Qué NO me cubre?

1	Leucemia linfoide	2	Cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno
3	Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos con potencial bajo de malignidad, o no invasivos	4	Todas las lesiones descritas como carcinoma “in situ”
5	Virus del papiloma humano	6	Condilomas planos
7	Displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III	8	Las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera y trombocitopenia esencial
9	Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de “Gleason” con un grado menor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase t2n0m0 según la clasificación de AJCC sexta edición clasificación TMN	10	Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH que sea certificado por un médico licenciado en Colombia, incluyendo el linfoma o sarcoma de Kaposi.
11	Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm, según la clasificación de Breslow.	12	El cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la sexta edición de AJCC clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis
13	Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la sexta edición de AJCC clasificación TMN como tal o una clasificación equivalente siempre y cuando no exista metástasis	14	Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.



### 1.6.2. Infarto al miocardio:

Es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardiaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de un aporte deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de setenta y dos horas (72) horas antes de dicha hospitalización, que presente:

- Cambios Nuevos, Relevantes Y Caracterizados En El Electrocardiograma.
- Aumento del diagnóstico de las enzimas cardíacas.

El infarto del miocardio que ocurre dentro de los catorce (14) días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de las arterias coronarias, angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardiaca mostrados en las imágenes cardiacas treinta (30) días después del procedimiento coronario.

#### ¿Qué NO me cubre?

1

(i) La insuficiencia cardiaca, (ii) dolor torácico no cardiaco, (iii) angina, (iv) angina inestable, (v) miocarditis, pericarditis y (vi) lesión traumática al miocardio.

### 1.6.3. Cirugía de bypass coronario:

Es la cirugía de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

#### ¿Qué NO me cubre?

1

La angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.

2

cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

3

La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardiaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotatable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales.

### 1.6.4. Enfermedad cerebro – vascular:

Corresponde a la embolia cerebral que es definida como un incidente cerebrovascular que tiene por resultado la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal, o debido a un embolismo o trombosis en un vaso intracraneal. La hemorragia subaracnoidea también está cubierta bajo esta definición.

La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una lesión cerebral "de tipo vascular", dentro de un plazo de setenta y dos (72) horas antes de dicha hospitalización.



## ¿Qué NO me cubre?

1	No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de (i) migraña, (ii) lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia, (iii) una enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, (iv) las alteraciones isquémicas del sistema vestibular, (v) los accidentes cerebro vasculares post-traumáticos.	2	Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.
3	Ataques isquémicos transitorios (AIT).	4	Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.
5	Trastornos isquémicos del sistema vestibular.	6	Embolia cerebral silente asintomática encontrada en imágenes.

### 1.6.5. Insuficiencia Renal Crónica:

La enfermedad que se presenta en su etapa final como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, que hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante renal.

La insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones o la continua diálisis renal de dos tipos (i) hemodiálisis o (ii) diálisis peritoneal, deberá ser institucionalizada y considerada médicamente necesaria, por un nefrólogo certificado.

## ¿Qué NO me cubre?

- 1 La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular.

## 6. Trasplante De Órganos Mayores:

Para los efectos de esta cobertura se entiende por trasplante de un órgano vital el que se vaya a realizar o se haya realizado el asegurado como receptor del trasplante de un órgano proveniente de un donante humano fallecido o vivo, para los siguientes órganos: (i) corazón, (ii) pulmón, (iii) hígado, (iv) riñón, (v) médula ósea o (vi) páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado esté o haya estado lesionado o enfermo, por trasplante de médula ósea se entiende la recepción de un trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de médula ósea.

### IMPORTANTE

- Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el asegurado notifique previamente y por escrito a la compañía aseguradora el hecho de ser definido como candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes de que el trasplante se realice. Una vez que la compañía aseguradora ha sido notificada de este hecho sólo podrá poner término al contrato del asegurado que se encuentre en dicha situación si este incurriere en alguna causal legal que así lo permita.
- El trasplante deberá ser certificado por el médico que lo practicó, quien debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas.
- La enfermedad que da lugar al trasplante de órganos mayores debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza.



- El trasplante de órgano del cual sea candidato el asegurado, se deberá ejecutar de acuerdo con las normas de donación y trasplante de órganos establecidos en Colombia y dentro del territorio nacional.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación, deberán contener los soportes médicos respectivos.

### ¿Qué NO me cubre?

1

La cobertura sólo comprende el trasplante de todo el órgano descrito en el presente amparo y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de islotes de Langerhans y glóbulos hepáticos o pulmonares.

2

Trasplante autólogo de medula

### 1.6.7. Esclerosis Múltiple:

Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado, evidenciadas por síntomas típicos de afectación de las funciones sensoriales y motoras y cuya progresión haya producido deterioro incapacitante significativo en las funciones básicas y esenciales para la independencia, pero que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

### ¿Qué NO me cubre?

1

Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

## 1.7. ANEXO DE DETECCIÓN CÁNCER FEMENINO O PRÓSTATA:

**¿Qué me cubre?** Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, sí durante la vigencia de la póliza al asegurado le es diagnosticada una neoplasia maligna.

Esta cobertura se limita únicamente a la primera manifestación o diagnóstico de cualquiera de los siguientes cánceres. Las manifestaciones posteriores no serán cubiertas.

1

#### CÁNCER DE SENO:

Crecimiento de células anormales en el tejido mamario.

2

#### CÁNCER DE OVARIOS:

Crecimiento de células anormales en los ovarios o en los órganos reproductores de la mujer que producen óvulos

3

#### CÁNCER DE ÚTERO Y/O CUELLO UTERINO:

Crecimiento de células anormales en el útero o cuello uterino. esta definición se extiende a la diseminación de células malignas derivadas de un cáncer de vulva o vagina

4

#### CÁNCER DE PRÓSTATA:

Crecimiento de células anormales en los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata.



### IMPORTANTE

- Sólo se reconoce un evento por primer diagnóstico.
- No se indemnizarán los cánceres que sean consecuencia de un cáncer diagnosticado con anterioridad, ni las metástasis.
- Esta cobertura será reconocida siempre y cuando la indemnización perteneciente a la enfermedad de cáncer de la cobertura de enfermedades graves sea reconocida de manera afirmativa.

### ¿Qué NO me cubre?

1	Leucemia linfocítica	2	Cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno
3	Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos con potencial bajo de malignidad, o no invasivos	4	Todas las lesiones descritas como carcinoma "in situ"
5	Virus del papiloma humano	6	Condilomas planos
7	Displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III	8	Las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera y trombocitopenia esencial
9	Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de "Gleason" con un grado menor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase t2n0m0 según la clasificación de AJCC sexta edición clasificación TMN	10	Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH que sea certificado por un médico licenciado en Colombia, incluyendo el linfoma o sarcoma de Kaposi.
11	Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm, según la clasificación de Breslow.	12	El cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la sexta edición de AJCC clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis
13	Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la sexta edición de AJCC clasificación TMN como tal o una clasificación equivalente siempre y cuando no existan metástasis	14	Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

## 2. EXCLUSIONES

No se efectuará pago alguno por concepto de indemnización cuando la afectación de los amparos consignados en la presente póliza sea consecuencia directa o indirecta, total o parcial, de alguna de las siguientes situaciones:

### 2.1. EXCLUSIONES GENERALES ("EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS")

- a) Actos delictivos o contravencionales de acuerdo con 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.



- b) 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.
- c) 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.
- d) Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro.
- e) Accidentes o lesiones padecidos por el asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
- f) Cualquier condición relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana.
- g) El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
- h) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- i) 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.
- j) Tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- k) Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
- l) Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- m) Padecimientos congénitos, anomalías congénitas como los aneurismas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- o) Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente póliza.
- p) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.
- q) Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- r) Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- s) En ningún caso la compañía aseguradora pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad que haya sido conocida o diagnosticada al momento de la fecha de inicio de vigencia o de la toma o durante el periodo de carencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.
- t) Se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza
- u) Hecho cierto.



### 3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

De conformidad con lo consagrado en el artículo 1077 del código de comercio, al asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. No obstante lo anterior, se sugiere que en caso de presentarse un siniestro, el asegurado o (los) beneficiario (s) alleguen los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

#### PARA TODAS LAS COBERTURAS:

1. Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por los beneficiarios.

Muerte por cualquier causa, Canasta Familiar en caso de muerte por Cualquier Causa y Renta por Asistencia Escolar en caso de Muerte por Cualquier Causa

1. Documento de identidad del beneficiario;
2. Copia del registro de defunción;
3. En caso de muerte accidental, copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha de accidente y datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste que la muerte fue accidental.

Incapacidad Total Permanente, Incapacidad Total y Permanente como Consecuencia de un Accidente Sufrido como Pasajero de Transporte Aéreo, Canasta Familiar en caso de Incapacidad Total Permanente, anexo de Renta Mensual Escolar en caso de Incapacidad Total Permanente.

1. Original o Copia del dictamen de invalidez de la Junta Regional o Nacional de Calificación en el que conste causa de la invalidez, porcentaje de invalidez y descripción de disminución. Para el sector Fuerzas Militares y Policía, original o copia autenticada del dictamen de invalidez emitido por la junta de calificación facultada para tal efecto para el caso de las Fuerzas Militares y/o de Policía Nacional.
2. Original o copia de historia clínica u original o copia de certificados médicos de ingreso a entidad hospitalaria donde certifican la ocurrencia del hecho que origina la incapacidad total y permanente.

Anexo de enfermedades graves

1. Certificados y exámenes médicos, en original o en copia, del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado o médico independiente licenciado en Colombia.
2. Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

Diagnóstico de cáncer femenino o próstata

1. Historia clínica o epicrisis;
2. (i) Mamografía de seno, (ii) ecografías, (iii) resultados de estudios anatomopatológicos del tejido correspondiente a senos, ovarios, útero, cervix uterino o próstata tomado mediante biopsia, (iv) historia clínica en la cual conste el procedimiento realizado.



## 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](mailto:siniestros@bancodebogota.com.co); O a través de la página web: <https://aseguradosbancodebogota.segurosalfa.com.co>; ; O a través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3125104890; O a través de las líneas de servicio al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional.
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:

<b>ASEGURADO</b>	En este seguro la persona asegurada es la titular de la cuenta de ahorros, corriente o libredestino suscrito con el Banco de Bogotá S.A.
<b>BENEFICIARIO</b>	Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación según la cobertura. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Para las coberturas de muerte por cualquier causa, renta por canasta familiar, y renta escolar en caso de muerte</b> : los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de ley.</li><li>• <b>Para las coberturas de incapacidad total permanente y por causa de accidente aéreo, renta por canasta familiar en caso de incapacidad total permanente, anexo de enfermedades graves y anexo de cáncer femenino y/o próstata:</b> El asegurado.</li></ul>
<b>PRIMA</b>	Es el precio del seguro.
<b>SINIESTRO</b>	Ocurrencia de los sucesos amparados que originen el pago del valor asegurado de la presente póliza.
<b>VALOR ASEGURADO</b>	Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.
<b>EXCLUSIONES</b>	Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.
<b>CÁNCER</b>	Crecimiento celular anormal y descontrolado de células con invasión de tejidos vecinos o a distancia a través de metástasis. Este crecimiento anormal afecta tanto la función como la estructura de las células.
<b>INDEMNIZACIÓN</b>	Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.
<b>METÁSTASIS</b>	Es la propagación de las células cancerosas a un órgano distinto al de su origen

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-31-0006280333000000-0R00

Nota Técnica: 200617-1417-NT-P-31- V-P- BSAPAV-2017-1 0R00