



PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CUOTA PROTEGIDA INDEPENDIENTES

CONDICIONES BANCO DE 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. INCAPACIDAD TEMPORAL

¿A quién cubre? A personas que realizan servicios profesionales, o actividades económicas por su cuenta y riesgo. Corresponde entre otros a: pensionados, rentistas de capital, comerciantes, amas de casa, artista, estudiantes, socio, consultores.

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago de su indemnización, si es incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad.

Tenga en cuenta que las licencias de maternidad y paternidad no serán cubiertas, toda vez que estas no se consideran como incapacidad.

La indemnización se realizará si la incapacidad es superior a 15 días consecutivos, de acuerdo con la siguiente tabla:

DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR
15-104	6 cuotas abonadas directamente al crédito
105 en adelante	3 Cuotas adicionales abonadas al asegurado

IMPORTANTE

- Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 61 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- La certificación de la incapacidad debe ser emitida por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada o Póliza de Salud.
- Se indemnizará al asegurado 1 nuevo evento cada 180 días, independiente de su causa u origen.
- Si el asegurado presenta una incapacidad temporal por un mismo evento, superior a 15 días consecutivos y máximo 104 días, el seguro le pagará 6 cuotas aplicadas al crédito; si por el mismo evento la incapacidad temporal supera los 105 días, el seguro le pagará 3 cuotas adicionales al asegurado, en total 9 cuotas. Cuando el asegurado presente una incapacidad temporal por un mismo evento, superior a 105 días, el seguro le pagará las 9 cuotas así: 6 cuotas aplicadas al crédito y 3 cuotas al asegurado.



¿Qué NO me cubre?

- 1 Incapacidad generada por estrés, ansiedad o depresión.

1.2. ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado, si le es diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes siete (7) Enfermedades Graves:

1.2.1. Cáncer

¿Qué me cubre? El primer diagnóstico de cáncer maligno independiente de su localización o etapa.

¿Qué NO me cubre?

1	Si usted ha sido diagnosticado de cáncer maligno antes de ingresar al seguro	2	Cánceres o tumores diagnosticados como benignos, pre malignos
3	Cáncer de piel no Melanoma	4	Policitemia, Trombocitemia Rubra Vera

1.2.2. Infarto Agudo del Miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón

1.2.3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardíaca

1.2.4. Accidente Cerebrovascular Isquémico y/o Hemorrágico

1.2.5. Insuficiencia Renal Crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal

1.2.6. Esclerosis Múltiple

1.2.7. Trasplante de Órganos Mayores

¿Qué me cubre? El trasplante de un órgano vital completo que usted se realice dentro de la vigencia de la póliza de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

IMPORTANTE

- Únicamente se cubren diagnósticos a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Las Enfermedades Graves y/o procedimientos deben ser diagnosticados y/o certificados por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada, Póliza de Salud, lo cual podrá ser probado con la historia clínica y soportes diagnóstico.



1.3. MUERTE ACCIDENTAL

¿Qué me cubre ? Sus beneficiarios designados o en su defecto los de ley, recibirán el pago de la indemnización en caso que usted sufra una Muerte Accidental.

IMPORTANTE

- Se cubrirá la muerte que ocurra dentro de los 180 días siguientes de la ocurrencia del accidente.

2 DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación a usted le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá presentar la Fotocopia del documento de identidad del asegurado y/o beneficiario, el Formato de Declaración de Siniestros y los documentos mencionados a continuación u otro que usted considere pertinente. Por favor tenga en cuenta los documentos que aplican al tipo de cobertura.

MUERTE ACCIDENTAL	INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES
<ul style="list-style-type: none">• Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha, causa de la muerte y los datos del asegurado o certificación médica en la cual conste la causa de la muerte.	<ul style="list-style-type: none">• Certificados y exámenes médicos, que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes y donde consten las causas que dieron origen a la incapacidad, emitidos por las entidades o médicos mencionados. Los certificados o exámenes informales no serán considerados.• Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes anterior al de la ocurrencia del siniestro.	<ul style="list-style-type: none">• Historia clínica y en caso de cáncer los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.

IMPORTANTE

- SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.
- 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

3 PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

Cuando el asegurado cuente con los documentos para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por el siguiente medio:

- A través del correo electrónico siniestros@bancodebogota.com.co
- A través de las oficinas del Banco de Bogotá
- A través de la página web <https://aseguradosbancodebogota.segurosalfa.com.co>
- A través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea 3125104890, o
- A través de las líneas de servicio al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional.

Una vez enviada la documentación completa Seguros de Vida Alfa S.A. procederá a resolver la reclamación.



4 DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, por favor preste atención las siguientes definiciones:

ASEGURADO Es la persona titular del producto financiero.

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

- Para la cobertura de Incapacidad Temporal: Por incapacidades entre 15 y 104 días: **EL BANCO.**
- Para las coberturas de Enfermedades Graves: **EL ASEGURADO.**
- Para la cobertura Muerte Accidental: Los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto, los de ley.

CÁNCER 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.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO 18 años
EDAD MÁXIMA DE INGRESO 69 años + 364 días
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA Hasta el vencimiento del plazo del crédito Máximo 79 años +364 días

DÍAS DE INCAPACIDAD CONSECUTIVOS Días seguidos continuos y sucesivos, certificados en una o más incapacidades siempre y cuando una se dé inmediatamente después de la otra.

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

INDEPENDIENTES Personas que realizan servicios profesionales, o actividades económicas por su cuenta y riesgo. Corresponde a pensionados, rentistas de capital, consultores, entre otros.

METÁSTASIS Es la propagación de las células cancerosas a un órgano distinto al de su origen.

PRIMA Es el precio del seguro.

¿QUÉ NO CUBRE? Son las exclusiones de la póliza.

RECAÍDA Reparación de una enfermedad.

SINIESTRO Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.



seguros de vida alfa s.a.

TOMADOR

Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.

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

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-31-0006630411900000-0R00

Nota Técnica: 080218-1417-NT-P-31- V-P- BSAPAV-2018-1 0R00