



seguros alfa s.a.

PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO CUOTA PROTEGIDA LIBRANZA

CONDICIONES BANCO DE BOGOTÁ

Señor asegurado, SEGUROS ALFA S.A. Lo invitan 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. DESEMPLEO

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago de un monto equivalente a seis (6) cuotas de su crédito, con un tope de hasta \$4.000.000 por cuota, cuando pierda su trabajo y se encuentre en alguna de las situaciones descritas a continuación:

- Si es empleado a través de un contrato de trabajo y es despedido sin justa causa.
- Si es una persona con vinculación laboral a término fijo cuyo contrato haya finalizado antes del término inicialmente establecido y no existe justa causa en la terminación del contrato.
- Si se encuentra vinculado a una cooperativa de trabajo asociado y su contrato de asociación termine por una razón ajena a su voluntad.
- Si es un empleado público o miembro de una corporación, su contrato termine por una razón ajena a su voluntad y el despido se realice mediante un acto administrativo.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor, habiéndose desempeñado durante 12 meses continuos bajo este tipo de contrato y se termine por voluntad del empleador sin justa causa.

IMPORTANTE

- Para estar amparado, usted debe haber trabajado durante 6 meses continuos, excepto para contratos por obra o labor y contratos de provisionalidad para el que se requieren 12 meses de continuidad.
- únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 61 desde el inicio de vigencia de este seguro.

1.2. INCAPACIDAD TEMPORAL

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago de hasta seis (6) cuotas de su crédito si es incapacitado, siempre y cuando cuente con una certificación de la incapacidad, este debe ser emitido por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada o Póliza de Salud.



La indemnización se realizará después de 15 días de incapacidad, de acuerdo con la siguiente tabla:

DÍAS DE INCAPACIDAD CONSECUTIVOS CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR A SU CRÉDITO
15-44 días calendario	1
45-79 días calendario	2
80-109 días calendario	3
110-139 días calendario	4
140-169 días calendario	5
170 o más días calendario	6

IMPORTANTE

- Si usted sufre una Recaída y tiene una nueva incapacidad, esta se sumará a la anterior para determinar el pago de las cuotas, de acuerdo con la tabla anterior.
- Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 61 desde el inicio de vigencia de este seguro.

1.3. ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago de seis (6) cuotas de su crédito si le es diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes Enfermedades Graves:

1.3.1. Cáncer

1.3.2. Infarto Agudo del miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón.

1.3.3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardíaca.

1.3.4. Accidente cerebrovascular.

1.3.5. Insuficiencia renal crónica.

1.3.6. Trasplante de órganos mayores.

1.3.7. Esclerosis múltiple.

Nota Enfermedades Graves: (i) 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, respaldado con historia clínica y soportes diagnósticos, (ii) Únicamente se cubren diagnósticos a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.

2. EXCLUSIONES



2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE DESEMPLEO

- Renuncia, despido con justa causa, muerte del asegurado, vencimiento del contrato a término fijo.
- Suspensión del contrato de trabajo.
- Terminación del contrato en el periodo de prueba.
- Contrato de trabajo fuera de Colombia.
- Contratos de aprendizaje.
- Contrato de prestación de servicios.
- Trabajadores de su propia empresa.
- Integrantes de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.
- Pensionados.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA INCAPACIDAD TEMPORAL

- Licencias de maternidad o licencias de paternidad.
- Incapacidades para integrantes de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.
- Incapacidades por intento de suicidio.
- Incapacidades a consecuencia de tratamientos estéticos, Incapacidades por participación en:
 - i) Actos delictivos o contravencionales, ii) actos terroristas, iii) conmociones civiles, iv) asonadas, v) disturbios, vi) guerra y vii) Manipulación de armas de fuego.
- Incapacidades como consecuencia de Intoxicación por encontrarse en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica.
- Incapacidades como consecuencia de Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión.
- Incapacidades como consecuencia de participación en actividades o deportes de alto riesgo. como por ejemplo las que involucran aeronaves, vehículos de motor o tracción animal, ser pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación y polo.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

- Si usted ha sido diagnosticado de cáncer maligno antes de ingresar al seguro.
- Cánceres o tumores diagnosticados como benignos o pre malignos.
- Cáncer de piel maligno a excepción del Melanoma.
- Policitemia, Trombocitemia Rubra Vera
- Lesión cerebral causada por un traumatismo.
- Ataques isquémicos transitorios (AIT).
- Cualquiera de las Enfermedades Graves, que se generen por SIDA o VIH.
- 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.
- Incapacidades por participación en:
 - i) Actos delictivos o contravencionales, ii) actos terroristas, iii) conmociones civiles, iv) asonadas, v) disturbios, vi) guerra y vii) Manipulación de armas de fuego.
- Procedimiento realizado por un médico no licenciado.



3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

En adición a la Fotocopia del documento de identidad (sólo beneficiarios) y el Formato para Declaración de Siniestros, el reclamante está obligado a probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos, para cada una de las coberturas, sin perjuicio de otros que considere pertinentes.

• DESEMPLEO

- Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en el cual se especifique el tipo de contrato laboral y la causa de terminación del mismo o carta de despido detallando dicha información sobre fecha de inicio y terminación del Contrato.
- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios, prestaciones sociales y/o bonificación.

• INCAPACIDAD TEMPORAL

- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes. Estos certificados y exámenes deben ser emitidos por las entidades o médicos mencionados en la descripción de cobertura. Se advierte que los certificados de incapacidad informales no serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.

• ENFERMEDADES GRAVES

- Certificados y exámenes médicos (biopsia, radiografías, etc.), 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.

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 oficinas del Banco de Bogotá 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.



seguros alfa s.a.

5. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, considere 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 según la cobertura
Desempleo e Incapacidad Temporal: Banco de Bogotá.
Enfermedades Graves: 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.

SEGUROS ALFA S.A..

ASEGURADOR: SEGUROS ALFA S.A.

**SEGUROS 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: 16/09/2019-1325-P-24-0006220012700000-0R00

Nota Técnica: 200617-1417-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2017-1 0R00