



PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO TU ESTABILIDAD BDB-ASALARIADOS

CONDICIONES
BANCO DE BOGOTÁ

Señor asegurado, SEGUROS 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. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

¿Qué ME cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado 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 a término indefinido por más de 6 meses y es despedido sin justa causa.
- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término fijo por más de 6 meses y el contrato finaliza antes del término inicialmente establecido y no exista justa causa en la terminación.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor por más de 12 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el empleador.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios por más de 12 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el contratante.
- Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculados por más de 12 meses consecutivos con el mismo empleador, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo.

IMPORTANTE

- Únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 31 desde el inicio de la vigencia de este seguro.
- Para los contratos a término fijo e indefinido, se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando éste período no supere ocho (8) días hábiles.
- Para los contratos de obra o labor, prestación de servicios, cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando éste período entre contratos no supere quince (15) días hábiles y haya sido con el mismo empleador o contratante.

¿Qué NO me cubre?

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Renuncia o despido con justa causa. | 2 | Vencimiento del contrato a término fijo. |
| 3 | Terminación del contrato en el periodo de prueba. | 4 | Contrato de trabajo fuera de Colombia. |
| 5 | Suspensión del contrato de trabajo. | 6 | Terminación laboral por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que haya pago alguno de bonificación o indemnización. |

1.2. ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué ME cubre? Usted recibirá el pago de su indemnización 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 | Cáncer de piel distinto al melanoma. | 2 | Policitemia vera, trombocitemia esencial, condilomas planos, displacias. |
| 3 | Cuando se le haya diagnosticado el cáncer maligno antes de ingresar a este seguro. Así mismo, no se cubrirán las metástasis originadas a partir de un cáncer diagnosticado antes del inicio de la vigencia de este seguro. | | |

1.2.2. Infarto agudo del miocardio, comúnmente conocido como infarto al corazón

- | | | | |
|----------|---|----------|----------------------------|
| 1 | Insuficiencia cardíaca, lesión traumática al miocardio. | 2 | Miocarditis, pericarditis. |
| 3 | Angina o angina inestable. | | |

1.2.3. Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardíaca

- | | |
|----------|--|
| 1 | Cateterismo cardíaco, cateterismo intraarterial, Tratamiento con rayo laser. |
|----------|--|

1.2.4. Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Lesión cerebral causada isquémica o hemorrágica por un traumatismo o hipoxia. | 2 | Ataques isquémicos transitorios (Ait), vasculitis. |
|----------|---|----------|--|

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 | Lupus eritematoso sistémico. |
|----------|------------------------------|



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 cuál podrá ser probado con la historia clínica y soporte del diagnóstico.

1.3 ECOSISTEMA DE SERVICIOS

Gracias a la alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a avanzar en su carrera laboral. Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros.

El alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado. Para mayor información sobre los servicios ingrese a nuestra página web www.Seguroesparatibdb.com o comuníquese con nuestras líneas de atención (Siempre marcando la opción 5): BOGOTÁ (1) 7455415, CALI (2) 4850826, MEDELLÍN (4) 6040167, BARRANQUILLA (5) 3851848, BUCARAMANGA (7) 6971243 y A NIVEL NACIONAL 018000960066.

2. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación a usted le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá presentar adicionalmente a la fotocopia del documento de identidad del asegurado, y la declaración del siniestro (la cual podrá solicitar en cualquier oficina del Banco de Bogotá), los documentos mencionados a continuación u otro que usted considere pertinente.

DESEMPLEO

Documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, en la que se especifique la siguiente información:

- (i) Tipo de contrato.
- (ii) Causal de terminación.
- (iii) Fecha de inicio y terminación del contrato.
- (iv) Soporte de indemnización o bonificación para contratos fijos e indefinidos.
- (v) Para contratos de obra labor, prestación de servicios, carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y contratos en provisionalidad, certificación de continuidad laboral mínima de 12 meses.

ENFERMEDADES GRAVES

Historia clínica y en caso de cáncer, los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.

IMPORTANTE

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

3. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

1

Completar los documentos

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

2

3

Una vez enviada la documentación completa, Seguros Alfa S.A. procederá a resolver la reclamación y posteriormente lo contactaremos 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.

4 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 desempleo:

- Cuando haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será **El Banco de Bogotá**.
- Cuando no haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será el **asegurado**.

• Para la cobertura de enfermedades Graves: **El asegurado**.

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.

EMPLEO

Situaciones de contratación para el trabajo previstas en este documento.

PRIMA

Es el precio del seguro.

¿QUÉ NO ME CUBRE?

Son las exclusiones de la póliza.

RECAÍDA

Reaparición de una incapacidad



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.

Todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el código de comercio.

Código Condicionado: 02/06/2020-1325-P-24-0066600015900000-0R00

Nota Técnica: 21/11/2019-1325-NT-P-24-G-P-BSDEAV-2019-4-0R00