



PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
SOLICITUD DE SEGURO Y CERTIFICADO INDIVIDUAL

seguros de vida alfa s.a.

NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponde al código del producto Aseguradora (1007) + Número de identificación del cliente

Señor(a) asegurado(a) tenga en cuenta lo siguiente:

- La entidad tomadora del presente seguro es el **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** quien actúa por cuenta de sus clientes, identificado con el **NIT N° 860.002.964-4** y la entidad aseguradora es **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. NIT N° 860.503.617-3.**
- Este certificado de seguro hace parte de la póliza de seguro **No ACC 02 0003963** en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el **BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Tipo y Número de Identificación del Asegurado C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> No.		Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Lugar de Nacimiento
Dirección de Residencia		Correo Electrónico	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Ciudad	Departamento	Teléfono	
		Oficina / Código de Oficina	

BENEFICIARIO

- **Para los amparos de Enfermedades graves:** El Asegurado
- **Para el amparo de Muerte Accidental:** Los designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de Ley.

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO

Fecha de Expedición	Fecha de Inicio de la Vigencia	Fecha de fin de Vigencia	Plan Contratado	Periodicidad en el pago de la prima
				MENSUAL

PRIMA DEL SEGURO

La prima será mensual y su valor corresponderá al valor del plan contratado por el Asegurado. El pago de la prima será asumido por el asegurado, y para cuyos efectos el valor de ésta será incluido con cargo a la tarjeta de crédito del asegurado, de la cual éste sea titular y otorgado por el Tomador. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro o de cualquiera de sus renovaciones.

TOTAL PRIMA ÚNICA MENSUAL (Exenta de IVA)

PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
\$ 12.600	\$ 15.950	\$ 19.150

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

VIGENCIA DEL SEGURO

El seguro entrará en vigencia a partir de la fecha en la cual el asegurado quede activo en el sistema de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** Esta vigencia será Mensual, con renovación automática por un termino igual al inicialmente pactado, en virtud de la autorización que otorgue para el efecto el asegurado, y se mantendrá hasta cuando éste cumpla la edad máxima de permanencia, salvo que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo, dándolo por terminado.

REVOCACIÓN DEL SEGURO

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador. Para este producto, que tiene una vigencia mensual, la cancelación será efectiva a partir del mes siguiente a la solicitud de revocación.

AUTORIZACIONES

Por favor Leer las autorizaciones al respaldo

Declaro que he leído, revisado, entendido y aceptado los términos del seguro, conozco mis deberes, obligaciones y derechos.

Firma Autorizada SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
Nit: 860.503.617-3

Firma del asegurado
No. de Doc. Identidad _____

Huella Índice
Derecho

INFORMACIÓN COMERCIAL

Canal Ventas GNV <input type="checkbox"/> Unidades <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>	Nombre de la Oficina	Código de la Oficina
Nombre del Comercial	Cédula del Comercial	

ASEGURADO

ENFERMEDADES GRAVES_ GNV_Mensual_24102012

AUTORIZACIONES

- Autorizo a la compañía a incrementar la suma asegurada y por ende su prima será ajustada cada doce (12) meses, hasta el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) establecido por el DANE, para todo el territorio nacional para el año inmediatamente anterior.
- Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en el extracto de mi cuenta de ahorros o cuenta corriente activa del **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**, para que efectúe directamente el pago de la misma a la Aseguradora.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para realizar la destrucción del presente documento, en caso que la cuenta de ahorros o corriente, no sea aprobada por esta entidad.
- Autorizo a efectuar la renovación automática del presente seguro, por períodos iguales al inicialmente pactado y tengo conocimiento que la Compañía de Seguros realizará revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al asegurado, en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido. Una vez declarado esto, autorizo la actualización de cobro de dicha prima de seguro y como resultado de lo cual, al amparo de las disposiciones normativas en materia de protección al consumidor financiero, se informará al asegurado de forma previa los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro. En cumplimiento de la circular externa 038 de 2011 de la Superintendencia Financiera de Colombia, están a disposición para su consulta en la página web www.seguorsalfa.com.co.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para que en calidad de beneficiario, efectúe la reclamación ante la Compañía de Seguros en caso de siniestro.
- Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del plan seleccionado.
- Autorizo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con los términos establecidos en las condiciones particulares recibidas.

BENEFICIARIOS A TITULO GRATUITO PARA EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL

NOMBRES	APELLIDOS	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	% DE PARTICIPACIÓN (*)

(*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%

DECLARACIONES

- Por medio de la presente declaración, manifiesto que conozco y acepto las condiciones particulares del presente seguro. Acepto el contenido de sus amparos, y exclusiones, los cuales se encuentran incluidos en el presente certificado individual. Respecto de todo aquello que no se encuentre pactado en el presente contrato de seguro habrán de tenerse en cuenta los condicionados depositados en la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 64 años. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas, no he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: cáncer, infarto al miocardio, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal, esclerosis múltiple y no me han practicado cirugía de By Bass coronario, ni trasplantes de órganos mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas).

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

COBERTURA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Muerte Accidental Se indemnizará un único evento durante la vigencia del certificado individual de seguro.	\$ 1.045.000	\$ 2.090.000	\$ 3.140.000
Enfermedades Graves Diagnóstico de una o más de las siguientes enfermedades: Cáncer, infarto al miocardio, cirugía de By Pass coronario, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple y trasplante de órganos.	\$ 14.100.000	\$ 18.853.000	\$ 23.550.000
Período de Carencia	30 días		

DEFINICIONES

- ASEGURADO:** En este seguro la persona asegurada será usted.
- ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, repentino e involuntario causado por medios externos y de modo violento que afecten el organismo del asegurado.
- BENEFICIARIO:** Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación, este establecerá en las condiciones particulares.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Edad hasta la cual una persona puede adherirse al presente seguro.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro. Es importante tener en cuenta que una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el presente seguro se dará por terminado de manera automática.
- EDAD MÍNIMA DE INGRESO:** Edad a partir de la cual una persona puede adherirse al presente seguro.
- EXCLUSIONES:** Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.
- PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO:** Corresponde al período mínimo de tiempo durante el cual el asegurado debe permanecer empleado a efectos de tener la posibilidad de presentar una nueva reclamación que afecte la cobertura de desempleo involuntario.
- PERÍODO DE CARENCIA:** Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza, este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia, quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura.
- PRIMA:** Precio del seguro.
- SINIESTRO:** Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
- TOMADOR:** Persona que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.



PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
SOLICITUD DE SEGURO Y CERTIFICADO INDIVIDUAL

seguros de vida alfa s.a.

NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponde al código del producto Aseguradora (1007) + Número de identificación del cliente

Señor(a) asegurado(a) tenga en cuenta lo siguiente:

- La entidad tomadora del presente seguro es el **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** quien actúa por cuenta de sus clientes, identificado con el **NIT N° 860.002.964-4** y la entidad aseguradora es **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. NIT N° 860.503.617-3.**
- Este certificado de seguro hace parte de la póliza de seguro **No ACC 02 0003963** en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el **BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

DATOS DEL ASEGURADO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Tipo y Número de Identificación del Asegurado C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> No.		Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Lugar de Nacimiento
Dirección de Residencia		Correo Electrónico	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Ciudad	Departamento	Teléfono	
		Oficina / Código de Oficina	

BENEFICIARIO

- **Para los amparos de Enfermedades graves:** El Asegurado
- **Para el amparo de Muerte Accidental:** Los designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de Ley.

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO

Fecha de Expedición	Fecha de Inicio de la Vigencia	Fecha de fin de Vigencia	Plan Contratado	Periodicidad en el pago de la prima
				MENSUAL

PRIMA DEL SEGURO

La prima será mensual y su valor corresponderá al valor del plan contratado por el Asegurado. El pago de la prima será asumido por el asegurado, y para cuyos efectos el valor de ésta será incluido con cargo a la tarjeta de crédito del asegurado, de la cual éste sea titular y otorgado por el Tomador. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro o de cualquiera de sus renovaciones.

TOTAL PRIMA ÚNICA MENSUAL (Exenta de IVA)

PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
\$ 12.600	\$ 15.950	\$ 19.150

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

VIGENCIA DEL SEGURO

El seguro entrará en vigencia a partir de la fecha en la cual el asegurado quede activo en el sistema de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** Esta vigencia será Mensual, con renovación automática por un termino igual al inicialmente pactado, en virtud de la autorización que otorgue para el efecto el asegurado, y se mantendrá hasta cuando éste cumpla la edad máxima de permanencia, salvo que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo, dándolo por terminado.

REVOCACIÓN DEL SEGURO

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador. Para este producto, que tiene una vigencia mensual, la cancelación será efectivas a partir del mes siguiente a la solicitud de revocación.

AUTORIZACIONES

Por favor Leer las autorizaciones al respaldo

Declaro que he leído, revisado, entendido y aceptado los términos del seguro, conozco mis deberes, obligaciones y derechos.

Firma Autorizada SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
Nit: 860.503.617-3

Firma del asegurado
No. de Doc. Identidad _____

Huella Índice
Derecho

INFORMACIÓN COMERCIAL

Canal Ventas GNV <input type="checkbox"/> Unidades <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>	Nombre de la Oficina	Código de la Oficina
Nombre del Comercial	Cédula del Comercial	

BANCO

ENFERMEDADES GRAVES_ GNV_Mensual_24102012

AUTORIZACIONES

- Autorizo a la compañía a incrementar la suma asegurada y por ende su prima será ajustada cada doce (12) meses, hasta el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) establecido por el DANE, para todo el territorio nacional para el año inmediatamente anterior.
- Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en el extracto de mi cuenta de ahorros o cuenta corriente activa del **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** Así mismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**, para que efectúe directamente el pago de la misma a la Aseguradora.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para realizar la destrucción del presente documento, en caso que la cuenta de ahorros o corriente, no sea aprobada por esta entidad.
- Autorizo a efectuar la renovación automática del presente seguro, por períodos iguales al inicialmente pactado y tengo conocimiento que la Compañía de Seguros realizará revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al asegurado, en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido. Una vez declarado esto, autorizo la actualización de cobro de dicha prima de seguro y como resultado de lo cual, al amparo de las disposiciones normativas en materia de protección al consumidor financiero, se informará al asegurado de forma previa los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro. En cumplimiento de la circular externa 038 de 2011 de la Superintendencia Financiera de Colombia, están a disposición para su consulta en la página web www.seguorsalfa.com.co.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para que en calidad de beneficiario, efectúe la reclamación ante la Compañía de Seguros en caso de siniestro.
- Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del plan seleccionado.
- Autorizo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con los términos establecidos en las condiciones particulares recibidas.

BENEFICIARIOS A TITULO GRATUITO PARA EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL

NOMBRES	APELLIDOS	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	% DE PARTICIPACIÓN (*)

(*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%

DECLARACIONES

- Por medio de la presente declaración, manifiesto que conozco y acepto las condiciones particulares del presente seguro. Acepto el contenido de sus amparos, y exclusiones, los cuales se encuentran incluidos en el presente certificado individual. Respecto de todo aquello que no se encuentre pactado en el presente contrato de seguro habrán de tenerse en cuenta los condicionados depositados en la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 64 años. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas, no he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: cáncer, infarto al miocardio, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal, esclerosis múltiple y no me han practicado cirugía de By Bass coronario, ni trasplantes de órganos mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas).

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

COBERTURA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Muerte Accidental Se indemnizará un único evento durante la vigencia del certificado individual de seguro.	\$ 1.045.000	\$ 2.090.000	\$ 3.140.000
Enfermedades Graves Diagnóstico de una o más de las siguientes enfermedades: Cáncer, infarto al miocardio, cirugía de By Pass coronario, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple y trasplante de órganos.	\$ 14.100.000	\$ 18.853.000	\$ 23.550.000
Período de Carencia	30 días		

DEFINICIONES

ASEGURADO: En este seguro la persona asegurada será usted.

ACCIDENTE: Suceso imprevisto, repentino e involuntario causado por medios externos y de modo violento que afecten el organismo del asegurado.

BENEFICIARIO: Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación, este establecerá en las condiciones particulares.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO: Edad hasta la cual una persona puede adherirse al presente seguro.

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro. Es importante tener en cuenta que una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el presente seguro se dará por terminado de manera automática.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: Edad a partir de la cual una persona puede adherirse al presente seguro.

EXCLUSIONES: Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.

PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO: Corresponde al período mínimo de tiempo durante el cual el asegurado debe permanecer empleado a efectos de tener la posibilidad de presentar una nueva reclamación que afecte la cobertura de desempleo involuntario.

PERÍODO DE CARENCIA: Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza, este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia, quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura.

PRIMA: Precio del seguro.

SINIESTRO: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.

TOMADOR: Persona que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.

ESTAS CONDICIONES MODIFICAN Y HACEN PARTE DE LAS CONDICIONES GENERALES, LAS CUALES ESTÁN A DISPOSICIÓN PARA CONSULTA EN LA PÁGINA WEB WWW.SEGUROSALFA.COM.CO

Lo invitamos a tener en cuenta las siguientes condiciones:

1. COBERTURAS

1.1. MUERTE ACCIDENTAL

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SI EL ASEGURADO MUERE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

1.2. ENFERMEDADES GRAVES

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN QUE A USTED SE LE DIAGNOSTIQUE O SE LE MANIFIESTE POR PRIMERA VEZ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES.

NOTA: LA PRESENTE COBERTURA SE ESTABLECE CON EL OBJETO DE RECONOCER A FAVOR DEL ASEGURADO, UN MONTO PARA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y/O PROCEDIMIENTO MÉDICO MIENTRAS ESTE SE ENCUENTRE VIVO. LAS RECLAMACIONES QUE REALICEN LOS BENEFICIARIOS DE LEY DEL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD A LA MUERTE DE ESTE TENDIENTES, A AFECTAR ESTA COBERTURA, NO SERÁN CUBIERTAS.

1.1. CÁNCER: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, A PARTIR DE LA DEMOSTRACIÓN DE LA PRESENCIA DE UNA NEOPLASIA MALIGNA QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA DEL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN Y DEMOSTRACIÓN QUE MÁS ADELANTE SE SEÑALA.

CABE RESALTAR QUE ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA RECLAMACIÓN REALIZADA A **SEGUROS ALFA S.A.** POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

SE ENTIENDE POR CÁNCER, LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, CARACTERIZADO POR ALTERACIONES CELULARES MORFOLÓGICAS Y CROMOSÓMICAS, 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 LEUCEMIA (EXCEPTO LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA), LOS LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER REALIZADO POR UN MÉDICO ONCÓLOGO, BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y CONFIRMADO POR UN DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA QUE CERTIFIQUE POSITIVAMENTE LA PRESENCIA DE UN CÁNCER.

1.2. INFARTO DEL MIOCARDIO: ES LA MUERTE O NECROSIS DE UNA PORCIÓN DEL MÚSCULO CARDIACO, COMO RESULTADO DEL INADECUADO SUMINISTRO DE FLUJO SANGUÍNEO AL ÁREA CORRESPONDIENTE. 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 (72) HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN, QUE PRESENTE:

- CAMBIOS NUEVOS Y RELEVANTES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA ECG.
- AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDIACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
- UN HISTORIAL DE DOLOR DE PECHO, INDICATIVO DE UNA ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA.

LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA DEL MIOCARDIO NO ESTÁN CUBIERTOS. EL INFARTO DEL MIOCARDIO QUE OCURRE DENTRO DE LOS 14 DÍAS POSTERIORES A CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA ANGIOPLASTIA CORONARIA O CIRUGÍA DE DERIVACIÓN CORONARIA, SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE SI HA RESULTADO CON NUEVAS ONDAS QUE EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES PERMANENTES DE LA PARED CARDÍACA MOSTRADOS EN LAS IMÁGENES CARDIACAS 30 DÍAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO CORONARIO.

1.3. CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO: ES LA CIRUGÍA DE DOS 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. SE EXCLUYE DE ESTA DEFINICIÓN, LA ANGIOPLASTIA DE GLOBO Y OTRAS TÉCNICAS INVASIVAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA.

NOTA: LA ENFERMEDAD QUE DA LUGAR A LA CIRUGÍA DE BY PASS CORONARIO DEBE DIAGNOSTICARSE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. DEL MISMO MODO LA CIRUGÍA DE BY PASS CORONARIO DEBE LLEVARSE A CABO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA RESPECTIVA PÓLIZA.

1.4. ENFERMEDAD CEREBRO - VASCULAR: LA EMBOLIA CEREBRAL 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 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.

1.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: LA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA, EN SU ETAPA FINAL, COMO EL ESTADO CRÓNICO E IRREVERSIBLE DEL FUNCIONAMIENTO DE AMBOS RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DE LA CUAL SE HACE NECESARIO REGULARMENTE LA DIÁLISIS RENAL O EL TRASPLANTE RENAL.

LA INSUFICIENCIA TOTAL, CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES O LA CONTINUA DIÁLISIS RENAL DEBERÁ SER INSTITUCIONALIZADA Y CONSIDERADA MÉDICAMENTE NECESARIA, POR UN NEFRÓLOGO CERTIFICADO.

LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS BAJO ESTE AMPARO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA NO SE ENCUENTRE DENTRO DE LAS EXCLUSIONES DE ESTA ENFERMEDAD.

1.6. 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 AL ASEGURADO COMO RECEPTOR DEL TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PROVENIENTE DE UN DONANTE HUMANO FALLECIDO O VIVO, QUE DEBE SER CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: CORAZÓN, PULMÓN, HIGADO, RIÑÓN, MÉDULA ÓSEA O 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.

PARA AQUELLOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SE VAYAN A REALIZAR, 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 QUE ESTE 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.

NOTA:
- 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 ESTABLECIDAS EN COLOMBIA.- LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS POR EL ASEGURADO EN SU RECLAMACIÓN, DEBERÁN CONTENER LOS SOPORTES MÉDICOS RESPECTIVOS.

1.7. 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".

LA ENFERMEDAD DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO Y ACREDITADA CON LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

NOTA: SOLO SE CUBRIRÁN ESTAS SIETE (07) ENFERMEDADES, CUALQUIER ENFERMEDAD DISTINTA A LAS ENUNCIADAS EN ESTE AMPARO SE ENTENDERÁ POR NO CUBIERTA.

1. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

(I) ACCIDENTES O HURTOS OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y (II) SUICIDIO

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

CÁNCER: LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCÍTICA. CÁNCERES DE PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO. TODOS LOS TUMORES DESCRITOS HISTOLÓGICAMENTE COMO BENIGNOS, PREMALIGNOS, CON POTENCIAL BAJO DE MALIGNIDAD, O NO INVASIVOS. TODAS LAS LESIONES DESCRITAS COMO CARCINOMA "IN SITU", VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, CONDILOMAS PLANOS, DISPLASIAS CERVICALES NIC I, NIC II Y NIC III Y LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ESPECÍFICAS: POLICITEMIA VERA Y TROMBOCITEMIA ESENCIAL. TODOS LOS TUMORES DE PRÓSTATA, AL MENOS QUE SEAN CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE POR LA ESCALA DE "GLEASON" CON UN GRADO MAYOR A 6, O QUE HAYAN PROGRESADO AL MENOS A LA CLASE T2NOMO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE AJCC SEXTA EDICIÓN CLASIFICACIÓN TMN. CUALQUIER TIPO DE CÁNCER EN PRESENCIA DE LA INFECCIÓN VIH, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LINFOMA O SARCOMA DE KAPOSI. 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. EL CÁNCER DE TIROIDE 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. 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. LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (LLC) CON CLASIFICACIÓN MENOR DE LA ETAPA 3 EN LA PRUEBA DE RAI.

TODOS LOS TUMORES QUE SEAN UNA RECURRENCIA O METÁSTASIS DE UN TUMOR PRESENTADO POR PRIMERA VEZ DENTRO DEL PERÍODO DE CARENCIA. ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN PRESENTADA A LA ASEGURADORA POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

TRATÁNDOSE DE INFARTO AL MIOCARDIO SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO.

TRATÁNDOSE DE CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS Y/O CIRUGÍAS: LA ANGIOPLASTIA CON GLOBO. OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTÁN EXCLUIDOS LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS: LA ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP), CATETERISMO CARDÍACO, TRATAMIENTO CON RAYO LÁSER, CUCHILLA ROTABLE, EL STENTING Y OTRAS TÉCNICAS DE CATETERISMOS INTRA-ARTERIALES. ASÍ MISMO, ESTÁ EXCLUIDA LA CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR LAPAROSCOPIA.

TRATÁNDOSE DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: NO SE CONSIDERARÁN DENTRO DE LA COBERTURA LOS SÍNTOMAS CEREBRALES DE MIGRAÑA, LESIÓN CEREBRAL CAUSADA POR UN TRAUMATISMO O HIPOXIA Y UNA ENFERMEDAD VASCULAR QUE AFECTE AL OJO O AL NERVIÓ ÓPTICO, Y LAS ALTERACIONES ISQUÉMICAS DEL SISTEMA VESTIBULAR, NI LOS ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES POST-TRAUMÁTICOS. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT). DAÑO CEREBRAL DEBIDO A UN TRAUMA O LESIÓN, INFECCIÓN, VASCULITIS, ENFERMEDAD INFLAMATORIA O MIGRAÑA. TRASTORNOS DE LOS VASOS SANGUÍNEOS QUE AFECTEN LA VISTA, INCLUYENDO INFARTO DEL NERVIÓ ÓPTICO O RETINA, TRASTORNOS ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR. EMBOLIA CEREBRAL SILENTE ASINTOMÁTICA ENCONTRADA EN IMÁGENES.

TRATÁNDOSE DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS..

TRATÁNDOSE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: SE EXCLUYEN OTRAS CAUSAS DE DAÑO NEUROLÓGICO COMO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO O INFECCIONES POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

TRATÁNDOSE DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS: LA COBERTURA SÓLO COMPRENDE EL TRASPLANTE DE TODO EL ÓRGANO Y NO DE FRACCIONES O PARTES DE ÉSTE, POR LO QUE EN EL CASO DEL PÁNCREAS SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS. NO ESTARÁ CUBIERTO EL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA.

OTRAS EXCLUSIONES APLICABLES:

- SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFLIGIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.

- USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL DE ACUERDO CON EL MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS INTERNACIONALES.

- RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.

- LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR EVENTOS EXTERNOS, BIEN SEAN ÉSTOS DE CARÁCTER VIOLENTO O ACCIDENTAL.

- CUALQUIER CONDICIÓN RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), CONFORME CON LAS DEFINICIONES RECONOCIDAS PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

- ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO, SEGÚN CORRESPONDA.

- PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.

- RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOS QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO. - EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.

- PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- 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.
- TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- 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. TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.
- PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS AL MOMENTO DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, INDEPENDIEMENTE DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU PRIMER DIAGNÓSTICO. ASÍ MISMO, SE EXCLUYEN DIAGNÓSTICOS REPETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULAS ESPECIALES DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

- Protección de datos personales:

Usted como asegurado, al solicitar o autorizar la contratación de este seguro, manifiesta que toda la información suministrada a través de la solicitud correspondiente es veraz y comprobable, y autoriza expresamente para los fines de la contratación del seguro a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** y al tomador para efectuar todo tratamiento de su información personal, necesario para el cumplimiento de sus deberes legales y contractuales pudiendo, compartir información del asegurado con el tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementaria o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior.

Para fines estadísticos y/o de valoración de riesgo el tomador y/o asegurado autorizan a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para efectuar consultas y reportes de su información personal dirigidos a centrales de riesgo financiero, a autoridades públicas competentes, y a organismos gremiales del sector financiero y asegurador, así como también a consultar fuentes de información disponible públicamente.

Usted en calidad de asegurado se obliga a informar oportunamente todo cambio y/o actualización e información personal suministrada a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** el asegurado podrá conocer, actualizar o modificar sus datos comunicándose a la línea de atención en Bogotá D.C al 7455415 o a nivel nacional al 018000960066 o acceder a las políticas, a través de la página web WWW.SEGUROSALFA.COM.CO enlace "Protección de datos personales".

Donde aplique, y siempre que los mismos no resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro no será obligatoria la revelación de datos sobre orientación política, sexual, religiosa, filosófica, raza, de menores, o en todo caso datos legalmente considerados como sensibles.

- Terminación del seguro:

El presente certificado individual culminará por las siguientes causas: **(I)** Mora en el pago de la prima, **(II)** Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza, **(III)** Revocación unilateral por parte del asegurado, mediante noticia escrita o comunicándose a la línea de atención en Bogotá D.C al 7455415 o a nivel nacional al 018000960066, **(IV)** Muerte del asegurado.

OCURRENCIA DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN Y CONDICIONES DE LA INDEMNIZACIÓN "Derechos de los asegurados":

1. Procedimiento en caso de siniestro:

Para conocer como tramitar su solicitud de reclamación, por favor comunicarse con la línea de atención al cliente en Bogotá D.C. al 7455415 o a nivel nacional al 018000960066.

Para cualquiera de las coberturas otorgadas bajo el presente seguro, usted deberá radicar los documentos requeridos (soportes) en la sucursal mas cercana del **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**, sin que estos se constituyan como los únicos por medio de los cuales se pueda probar la ocurrencia y cuantía del siniestro; en cualquier reclamación deberá aportar junto con el formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por usted, la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad y los siguientes documentos:

a. Para Muerte Accidental:

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por los beneficiarios.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento o prueba de identidad del beneficiario.
- Copia del registro de defunción o documento que haga sus veces donde conste la causa de la muerte del asegurado.
- Necropsia o croquis del accidente, o acta de levantamiento de cadáver o certificado de la Fiscalía, siempre y cuando en dicho documento se encuentre consignada la causa de la muerte.

b. Para Enfermedades Graves

- 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.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

Nota: **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación, así mismo, cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

Una vez enviada por usted la documentación completa, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. procederá a resolver la reclamación

Pasos para realizar la reclamación:

Cuando usted cuente con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación a través de la sucursal del Banco mas cercana a usted.

2. Facultad de devolución de la reclamación

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. podrá devolver una reclamación cuando la misma carezca de la documentación y/o información solicitada como prueba para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, cuando sea necesario.

Cuando se efectúe la devolución de la reclamación, se informará cuales son los documentos que se requieren para la resolución de la reclamación. En este evento, el reclamante podrá presentar una nueva solicitud con los respectivos documentos que acrediten la ocurrencia de las situaciones descritas en el presente seguro.

Nota: cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Líneas de atención al cliente: en Bogotá D.C. 7455415 o a nivel nacional 018000960066.
- Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Jose Fernando Zarta, Av. Calle 24A No. 59 42 Torre 4 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono 7435333 Ext 14454. Email: defensordeasegurado@segurosalfa.com.co
- Tenga en cuenta: Toda diferencia sobre cualquier aspecto del seguro por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado y la aseguradora, sin responsabilidad alguna del **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** El asegurado acepta que el **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**, como beneficiario, recibirá la indemnización y tendrá la facultad de aplicar dicha indemnización, mes a mes contra el saldo de las respectivas cuotas en su vencimiento regular, tanto por capital como por intereses.

En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web, WWW.SEGUROSALFA.COM.CO, ingresando al enlace Consumidor Financiero.

ADVERTENCIA: Este producto es ofrecido por la red del **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** limitándose única y exclusivamente al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente impartidas por **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para la prestación del servicio en dicha red. El **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora. El cumplimiento del contrato de seguros es responsabilidad directa y exclusiva de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** El **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción.



Firma Autorizada SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
Nit: 860.503.617-3

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