



PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE CÁNCER FEMENINO
SOLICITUD DE SEGURO Y CERTIFICADO INDIVIDUAL

seguros de vida alfa s.a.

NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponde al código del producto Aseguradora (1006) + 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 **ACC 02 0003962** 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"/>
Teléfono		Ciudad	Nacionalidad
Departamento			

BENEFICIARIO

- Para los amparos de Diagnóstico Cáncer Femenino, Intervención quirúrgica de Cáncer Femenino, cirugía reconstructiva por Cáncer de Seno, Renta Diaria por Hospitalización por Cáncer e Incapacidad Total Temporal como consecuencia de Cáncer: El Asegurado.
- Para el amparo de Muerte Accidental: Los designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de Ley.

BENEFICIARIOS A TÍTULO 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%

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
\$ 11.600	\$ 13.300	\$ 15.050

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

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 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.segurosalfa.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.

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.

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 59 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 Bypass 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 contrato	\$ 3.140.000	\$ 5.237.000	\$ 8.370.000
Diagnóstico de Cáncer Femenino Se indemnizará la primera detección de cada uno de los tipos de cáncer Femeninos cubiertos (Cáncer de seno, Cáncer de ovarios, Cáncer de Útero y/o Cáncer de cuello Uterino)	\$ 14.650.000	\$ 19.350.000	\$ 25.137.000
Intervención Quirúrgica de Cáncer Femenino Se indemnizará una intervención quirúrgica si como consecuencia de las coberturas de cáncer de seno, cáncer de ovarios, cáncer de Útero y/o cuello uterino, el asegurado requiere de la intervención quirúrgica.	\$ 8.370.000	\$ 11.500.000	\$ 13.600.000
Cirugía Reconstructiva por Cáncer de Seno Se indemnizará una cirugía de reconstrucción si como consecuencia de la cobertura de cáncer de seno, el asegurado requiere la reconstrucción del seno y/o cualquier tipo de mastectomía.	\$ 10.470.000	\$ 13.600.000	\$ 15.710.000
Renta Diaria por Hospitalización por Cáncer Valor por día de hospitalización con un periodo máximo de hospitalización por evento de (10) días. Hasta 2 eventos por año	\$ 209.000	\$ 314.000	\$ 419.000
Incapacidad Total Temporal como Consecuencia de Cáncer Se indemnizará si como consecuencia de las coberturas de cáncer de seno, cáncer de ovarios, cáncer de Útero y/o cuello uterino, el asegurado se incapacita de forma total y temporal y esta incapacidad es consecuencia de la detección de cáncer femenino por primera vez.	\$ 2.090.000	\$ 2.610.000	\$ 3.140.000
Período de Carencia	30 días		

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: defensordelasegurado@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.



PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE CÁNCER FEMENINO
SOLICITUD DE SEGURO Y CERTIFICADO INDIVIDUAL

seguros de vida alfa s.a.

NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponde al código del producto Aseguradora (1006) + 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 **ACC 02 0003962** 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. <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Lugar de Nacimiento
Dirección de Residencia		Correo Electrónico	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Telefono	Ciudad	Departamento	Nacionalidad

BENEFICIARIO

- Para los amparos de Diagnóstico Cáncer Femenino, Intervención quirúrgica de Cáncer Femenino, cirugía reconstructiva por Cáncer de Seno, Renta Diaria por Hospitalización por Cáncer e Incapacidad Total Temporal como consecuencia de Cáncer: El Asegurado.
- Para el amparo de Muerte Accidental: Los designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de Ley.

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%

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
\$ 11.600	\$ 13.300	\$ 15.050

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	

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 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.segurosalfa.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.

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.

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 59 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 Bypass 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 contrato	\$ 3.140.000	\$ 5.237.000	\$ 8.370.000
Diagnóstico de Cáncer Femenino Se indemnizará la primera detección de cada uno de los tipos de cáncer Femeninos cubiertos (Cáncer de seno, Cáncer de ovarios, Cáncer de Útero y/o Cáncer de cuello Uterino)	\$ 14.650.000	\$ 19.350.000	\$ 25.137.000
Intervención Quirúrgica de Cáncer Femenino Se indemnizará una intervención quirúrgica si como consecuencia de las coberturas de cáncer de seno, cáncer de ovarios, cáncer de Útero y/o cuello uterino, el asegurado requiere de la intervención quirúrgica.	\$ 8.370.000	\$ 11.500.000	\$ 13.600.000
Cirugía Reconstructiva por Cáncer de Seno Se indemnizará una cirugía de reconstrucción si como consecuencia de la cobertura de cáncer de seno, el asegurado requiere la reconstrucción del seno y/o cualquier tipo de mastectomía.	\$ 10.470.000	\$ 13.600.000	\$ 15.710.000
Renta Diaria por Hospitalización por Cáncer Valor por día de hospitalización con un periodo máximo de hospitalización por evento de (10) días. Hasta 2 eventos por año	\$ 209.000	\$ 314.000	\$ 419.000
Incapacidad Total Temporal como Consecuencia de Cáncer Se indemnizará si como consecuencia de las coberturas de cáncer de seno, cáncer de ovarios, cáncer de Útero y/o cuello uterino, el asegurado se incapacita de forma total y temporal y esta incapacidad es consecuencia de la detección de cáncer femenino por primera vez.	\$ 2.090.000	\$ 2.610.000	\$ 3.140.000
Período de Carencia	30 días		

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: defensordelasegurado@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.

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

I. 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.

II. ANEXO DE CÁNCER

DETECCIÓN DE CÁNCER

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA AL ASEGURADO LE ES DIAGNOSTICADA UNA NEOPLASIA MALIGNA.

ESTA COBERTURA SE LIMITA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN O DIAGNOSTICO DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CÁNCERES, LAS MANIFESTACIONES POSTERIORES NO SERÁ CUBIERTAS:

I. CÁNCER DE SENO: CRECIMIENTO DE CÉLULAS ANORMALES EN EL TEJIDO MAMARIO

II. CÁNCER DE OVARIOS: CRECIMIENTO DE CÉLULAS ANORMALES EN LOS OVARIOS O EN LOS ÓRGANOS REPRODUCTORES DE LA MUJER QUE PRODUCEN ÓVULOS.

III. 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.

IV. CÁNCER DE PRÓSTATA: CRECIMIENTO DE CÉLULAS ANORMALES EN LOS ÓRGANOS GLANDULARES DEL SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO LLAMADO PRÓSTATA.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE CÁNCER

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO ES SOMETIDA A UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR CUALQUIERA DE LOS CÁNCERES CUBIERTOS EN EL PRESENTE SEGURO.

RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DE CÁNCER FEMENINO

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO ES INTERNADO EN UNA CLÍNICA O CENTRO HOSPITALARIO COMO CONSECUENCIA DE LOS CÁNCERES CUBIERTOS EN EL PRESENTE SEGURO.

ESTA COBERTURA SOLO CUBRE DOS (02) EVENTOS POR AÑO, CADA EVENTO DE HOSPITALIZACIÓN RECLAMADA DEBERÁ DURAR MÍNIMO DOS (02) DÍAS Y MÁXIMO DIEZ (10) DÍAS.

NOTA: BAJO ESTA COBERTURA SE APLICA EL CONCEPTO DE RECAÍDA, EN EL CUAL CONSIDERA QUE SI LA ASEGURADA ES HOSPITALIZADA DE NUEVO DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES A LA HOSPITALIZACIÓN REPORTADA PREVIAMENTE, ÉSTA SE CONSIDERARÁ COMO UNA RECAÍDA Y SE TOMARÁ COMO PARTE DEL PRIMER EVENTO.

SI LA NUEVA HOSPITALIZACIÓN OCURRE DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 60 DÍAS DESDE LA FECHA DE HOSPITALIZACIÓN REPORTADA PREVIAMENTE, EL BENEFICIARIO TENDRÁ DERECHO AL PAGO DE LA RENTA POR HOSPITALIZACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO NO SE EXCEDAN LOS EVENTOS CUBIERTOS POR AÑO EN LA PRESENTE COBERTURA.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL COMO CONSECUENCIA DEL CÁNCER FEMENINO

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SI COMO CONSECUENCIA DE LA PRIMERA DETECCIÓN DE LOS CÁNCERES CUBIERTOS EN EL PRESENTE SEGURO EL ASEGURADO ES INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE.

NOTA: ESTA COBERTURA SOLO CUBRE TRES (03) EVENTOS POR VIGENCIA ANUAL.

2. EXCLUSIONES

I. MUERTE ACCIDENTAL

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

II. EXCLUSIONES APLICABLES AL ANEXO DE DETECCIÓN DE CÁNCER

(I) LESIONES DESCRITAS COMO CARCINOMA IN SITU, (II) TUMORES PRE MALIGNOS, BENIGNOS O NO INVASIVOS, (III) CARCINOMA IN SITU DE MAMA, (IV) DISPLACIA CERVICAL NIC I, NIC II Y NIC III, (V) LESIONES DERIVADAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, (VI) VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH), (VII) TUMORES DE PRÓSTATA QUE SEAN CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE POR DEBAJO DE LA ESCALA DE "GLEASON" CON UN GRADO MENOR A 6, O QUE NO HAYAN PROGRESADO AL MENOS A LA CLASE T2N0M0 SEGUN LA CLASIFICACIÓN DE AJCC SEXTA EDICIÓN CLASIFICACIÓN TMN, (VIII) LINFOMA, (XIII) CÁNCER DE VEJIGA, (XIV) METÁSTASIS DE CUALQUIER TUMOR Y (XV) LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCITICA.

III. EXCLUSIONES GENERALES

- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO A LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO, ACTOS TERRORISTAS, CONMOCIONES CIVILES, ASONADAS, DISTURBIOS, GUERRA DECLARADA O NO.

- 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.

- ENFERMEDADES, PADECIMIENTOS, ACCIDENTES O CÁNCERES 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.

3. CLÁUSULAS ESPECIALES DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

3.1. 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.

3.2. 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.

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

4.1. 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:

Para Detección de cáncer

- Historia clínica o epicrisis;
- **(I)** Mamografía de seno, **(II)** ecografías, **(III)** resultados de estudios anatomopatológicos del tejido correspondiente a senos, ovarios, útero, cérvix uterino o próstata tomado mediante biopsia.

Para Renta diaria por hospitalización por cáncer

- Historia clínica o epicrisis;
- **(I)** Descripción quirúrgica de la cirugía, **(II)** resultados de estudios anatomopatológicos del tejido correspondiente a senos, ovarios, útero o cérvix uterino y próstata tomado mediante biopsia y **(III)** descripción quirúrgica de los procedimientos realizados durante la hospitalización.

Para la cobertura de muerte como consecuencia de cáncer

- Documento de identidad del beneficiario;
- **(I)** Registro civil o notarial de defunción o necropsia y **(II)** copia de historia clínica o epicrisis.

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.

Para Intervención quirúrgica de cáncer, renta para medicamentos de cáncer

- Historia clínica o epicrisis;
- **(I)** Mamografía de seno, **(II)** ecografías, **(III)** resultados de estudios anatomopatológicos del tejido correspondiente a senos, ovarios, útero, cérvix uterino o próstata tomado mediante biopsia.

Para Renta para tratamiento de cáncer

- Historia clínica o epicrisis;
- Documento en el cual se describa el tratamiento médico recibido.

Para Incapacidad total temporal como consecuencia de cáncer

- Certificados de exámenes médicos expedidos por el médico afiliado a la EPS, ARL, régimen subsidiado, medicina prepagada y/o póliza de salud;
- **(I)** Cualquiera de los siguientes exámenes: marcadores tumorales, mamografías o ecografías u otras imágenes diagnosticas compatibles con presencia de cáncer, **(II)** resultados de estudios anatomopatológicos del tejido correspondiente a senos, ovarios, útero o cérvix uterino tomado mediante biopsia

4.2. 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.

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.

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

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: defensordelasegurado@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.**, **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.

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