



No. 0000001

seguros de vida alfa s.a.

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

NÚMERO DE CERTIFICADO:

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

FECHA DE SOLICITUD

DD MM AAAA

- Por favor diligencie los datos solicitados en el presente documento en letra legible, sin tachones, rayas ni enmendaduras.
- 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 0003966** 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	Departamento
Nacionalidad			

NÚMERO DEL PRODUCTO BANCARIO (últimos 4 dígitos de la tarjeta)**TIPO DE TARJETA**VISA MASTER **BENEFICIARIO**

Para la cobertura de muerte accidental: Serán los de Ley, salvo designación específica por parte del asegurado.
Para las demás coberturas: El asegurado.

REVOCACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes ("Por **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** o por el asegurado").
En el caso en que **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** decida revocar, deberá remitir un documento escrito dirigido al asegurado, a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación contados a partir de la fecha del envío; en este caso, usted como asegurado podrá recuperar el 100 % de la prima no devengada, es decir la correspondiente al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la fecha del vencimiento del seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.
Cuando usted como asegurado decida solicitar la revocación del seguro, lo podrá realizar en cualquier momento, en este caso, usted como asegurado podrá recuperar el 70 % de la prima no devengada, es decir la correspondiente al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la fecha del vencimiento del seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio. Puede comunicarse con las líneas de atención al cliente, en Bogotá D.C. al 7455415 y a nivel nacional al 018000960066.

VIGENCIA DEL SEGURO

Este 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 anual, con renovación automática por un término 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.

VALOR DE LA PRIMA DEL ASEGURADO

Prima Anual	PLAN 1	\$ 139.200	PLAN 2	\$ 159.600	PLAN 3	\$ 180.600
-------------	---------------	------------	---------------	------------	---------------	------------

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA 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 PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

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 N° 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

1033 + 1006 CE-JD-CP-Cáncer_Femenino_Bco_Bogotá-201410 FMV

AUTORIZACIONES

- Autorizo a la compañía a incrementar la suma asegurada y por ende su prima será ajustada cada año, 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.
- Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del plan seleccionado.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para realizar la destrucción del presente documento, en caso de que la tarjeta crédito objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro. 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 Compañía de Seguros.
- Autorizo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con los términos establecidos en las condiciones particulares recibidas.

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 70 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). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido y su fecha de diagnóstico.
Tipo de enfermedad: _____, Fecha de diagnóstico: _____

DATOS BENEFICIARIO(S)

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

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

CARACTERÍSTICAS DE SEGURO

COBERTURA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Muerte Accidental	\$3.140.000 por un único evento	\$5.237.000 por un único evento	\$ 8.370.000 por un único evento
Detección de Cáncer Femenino (Incluye Cáncer de Seno, Cáncer de Utero y/o Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Ovarios)	\$ 14.650.000 por reclamación	\$ 19.350.000 por reclamación	\$ 25.137.000 por reclamación
Intervención Quirúrgica de Cáncer Femenino (Incluye Cáncer de Seno, Cáncer de Utero y/o Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Ovarios)	\$ 8.370.000 por reclamación	\$ 11.500.000 por reclamación	\$ 13.600.000 por reclamación
Cirugía Reconstructiva por Cáncer de Seno	\$ 10.470.000 POR RECLAMACIÓN	\$ 13.600.000 POR RECLAMACIÓN	\$ 15.710.000 POR RECLAMACIÓN
Renta Diaria por Hospitalización por Cáncer de Seno Femenino	\$ 209.000	\$ 314.000	\$ 419.000
Deducible: Parte de la indemnización que va por cuenta del asegurado. (aplicable únicamente a la cobertura de renta por hospitalización).	Valor por día de hospitalización con un periodo máximo de hospitalización por evento de diez (10) días. Hasta 2 eventos por año. Un (1) día, sobre el periodo completo de hospitalización		
Incapacidad Total Temporal como consecuencia de Cáncer Femenino	\$ 2.090.000 por reclamación	\$ 2.610.000 por reclamación	\$ 3.140.000 por reclamación
Periodo de Carencia:(No aplica para la cobertura de muerte accidental).	30 días		

DEFINICIONES

- ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, repentino e involuntario causado por medios externos y de modo violento que afecten el organismo del asegurado.
- ASEGURADO:** En este seguro la persona asegurada será usted.
- BENEFICIARIO:** Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.
- CÁNCER:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones morfológicas y cromosómicas, crecimiento incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos o metástasis o gran número de células malignas en los sistemas linfáticos.
- CÁNCER DE SEÑO:** Crecimiento de células anormales en el tejido mamario
- CÁNCER DE OVARIOS:** Crecimiento de células anormales en los ovarios o en los órganos reproductores que producen óvulos.
- CÁNCER DE PRÓSTATA:** Crecimiento de células anormales en los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata.
- CÁNCER DE ÚTERO Y/O CUELLO UTERINO:** Crecimiento de células anormales en el Utero o Cuello Uterino. Esta definición se extiende a la diseminación de células malignas derivadas de un cáncer de vulva o vagina.
- 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.
- METÁSTASIS:** Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto al de su origen.
- NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER):** Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
- 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.



No. 0000001

seguros de vida alfa s.a.

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

NÚMERO DE CERTIFICADO:

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

FECHA DE SOLICITUD

DD MM AAAA

- Por favor diligencie los datos solicitados en el presente documento en letra legible, sin tachones, rayas ni enmendaduras.
- 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 0003966** 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	Teléfono
Ciudad	Departamento	Nacionalidad	

NÚMERO DEL PRODUCTO BANCARIO (últimos 4 dígitos de la tarjeta)**TIPO DE TARJETA**VISA MASTER **BENEFICIARIO**

Para la cobertura de muerte accidental: Serán los de Ley, salvo designación específica por parte del asegurado.
Para las demás coberturas: El asegurado.

REVOCACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes ("Por **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** o por el asegurado").
En el caso en que **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** decida revocar, deberá remitir un documento escrito dirigido al asegurado, a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación contados a partir de la fecha del envío; en este caso, usted como asegurado podrá recuperar el 100 % de la prima no devengada, es decir la correspondiente al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la fecha del vencimiento del seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.
Cuando usted como asegurado decida solicitar la revocación del seguro, lo podrá realizar en cualquier momento, en este caso, usted como asegurado podrá recuperar el 70 % de la prima no devengada, es decir la correspondiente al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la fecha del vencimiento del seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio. Puede comunicarse con las líneas de atención al cliente, en Bogotá D.C. al 7455415 y a nivel nacional al 018000960066.

VIGENCIA DEL SEGURO

Este 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 anual, con renovación automática por un término 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.

VALOR DE LA PRIMA DEL ASEGURADO

Prima Anual	PLAN 1	\$ 139.200	PLAN 2	\$ 159.600	PLAN 3	\$ 180.600
-------------	---------------	------------	---------------	------------	---------------	------------

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA 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 PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

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 N° 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

1033 + 1006 CE-JD-CP-Cáncer_Femenino_Bco_Bogotá-201410 FMV

AUTORIZACIONES

- Autorizo a la compañía a incrementar la suma asegurada y por ende su prima será ajustada cada año, 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.
- Acepto que las condiciones de prima y cobertura del seguro dependen del plan seleccionado.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para realizar la destrucción del presente documento, en caso de que la tarjeta crédito objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro. 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 Compañía de Seguros.
- Autorizo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con los términos establecidos en las condiciones particulares recibidas.

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 70 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). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido y su fecha de diagnóstico.
- Tipo de enfermedad: _____, Fecha de diagnóstico: _____

DATOS BENEFICIARIO(S)

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

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

CARACTERÍSTICAS DE SEGURO

COBERTURA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Muerte Accidental	\$3.140.000 por un único evento	\$5.237.000 por un único evento	\$ 8.370.000 por un único evento
Detección de Cáncer Femenino (Incluye Cáncer de Seno, Cáncer de Utero y/o Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Ovarios)	\$ 14.650.000 por reclamación	\$ 19.350.000 por reclamación	\$ 25.137.000 por reclamación
Intervención Quirúrgica de Cáncer Femenino (Incluye Cáncer de Seno, Cáncer de Utero y/o Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Ovarios)	\$ 8.370.000 por reclamación	\$ 11.500.000 por reclamación	\$ 13.600.000 por reclamación
Cirugía Reconstructiva por Cáncer de Seno	\$ 10.470.000 POR RECLAMACIÓN	\$ 13.600.000 POR RECLAMACIÓN	\$ 15.710.000 POR RECLAMACIÓN
Renta Diaria por Hospitalización por Cáncer de Seno Femenino	\$ 209.000	\$ 314.000	\$ 419.000
Deducible: Parte de la indemnización que va por cuenta del asegurado. (aplicable únicamente a la cobertura de renta por hospitalización).	Valor por día de hospitalización con un periodo máximo de hospitalización por evento de diez (10) días. Hasta 2 eventos por año. Un (1) día, sobre el periodo completo de hospitalización		
Incapacidad Total Temporal como consecuencia de Cáncer Femenino	\$ 2.090.000 por reclamación	\$ 2.610.000 por reclamación	\$ 3.140.000 por reclamación
Periodo de Carencia:(No aplica para la cobertura de muerte accidental).	30 días		

DEFINICIONES

- ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, repentino e involuntario causado por medios externos y de modo violento que afecten el organismo del asegurado.
- ASEGURADO:** En este seguro la persona asegurada será usted.
- BENEFICIARIO:** Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.
- CÁNCER:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones morfológicas y cromosómicas, crecimiento incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos o metástasis o gran número de células malignas en los sistemas linfáticos.
- CÁNCER DE SEÑO:** Crecimiento de células anormales en el tejido mamario
- CÁNCER DE OVARIOS:** Crecimiento de células anormales en los ovarios o en los órganos reproductores que producen óvulos.
- CÁNCER DE PRÓSTATA:** Crecimiento de células anormales en los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata.
- CÁNCER DE ÚTERO Y/O CUELLO UTERINO:** Crecimiento de células anormales en el Utero o Cuello Uterino. Esta definición se extiende a la diseminación de células malignas derivadas de un cáncer de vulva o vagina.
- 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.
- METÁSTASIS:** Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto al de su origen.
- NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER):** Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
- PERIODO 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.
- PERIODO 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 CÁNCER FEMENINO
CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO



seguros de vida alfa s.a.

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.

RENTA 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 APPLICABLES 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) DISPLASIA 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.

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.

Revocación del Seguro

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes ("Por **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** o por el asegurado").

En el caso en que **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** decida revocar, deberá remitir un documento escrito dirigido al asegurado, a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación contados a partir de la fecha del envío; en este caso, usted como asegurado podrá recuperar el 100 % de la prima no devengada, es decir la correspondiente al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la fecha del vencimiento del seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.

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:

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.

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.

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

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 efectuó 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: defensordeasesgurado@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.