

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. AMPARO DE DESEMPEÑO

**SEGUROS ALFA S.A.** RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL ASEGURADO VINCULADO MEDIANTE CONTRATO DE TRABAJO PIERDA SU EMPLEO SIN JUSTA CAUSA.

ESTA COBERTURA CUENTA CON LAS SIGUIENTES PARTICULARIDADES:

- USTED DEBE ESTAR VINCULADO BAJO UN CONTRATO A TÉRMINO FIJO O INDEFINIDO.
- DEBE LLEVAR MÁS DE 6 MESES O 180 DÍAS CONTINUOS TRABAJANDO. EN CASOS DE CAMBIO DE EMPLEO, SE TENDRÁ EN CUENTA EL TÉRMINO DE 6 MESES O 180 DÍAS CONTINUOS SIEMPRE Y CUANDO EL CAMBIO DE UN EMPLEO A OTRO NO SUPERE 8 DÍAS CALENDARIOS.
- USTED DEBERÁ TENER UNA RELACION LABORAL LA CUAL AL MOMENTO DE SU TERMINACIÓN HAYA GENERADO EL PAGO DE UNA INDEMNIZACIÓN O BONIFICACIÓN.
- DENTRO DE ESTA COBERTURA SE AMPARAN: (I) LOS MIEMBROS ACTIVO DE LAS FUERZAS MILITARES, (II) LOS EMPLEADOS PÚBLICOS DE CARRERA ADMINISTRATIVA, (III) LOS EMPLEADOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN, CUYO RETIRO NO HAYA SIDO GENERADO POR EL ASEGURADO Y SE ENCUENTRE CONTENIDO EN UN ACTO ADMINISTRATIVO, (IV) LOS CONTRATOS A TÉRMINO FIJO FINALIZADOS ANTES DEL TÉRMINO INICIALMENTE ESTABLECIDO Y SIEMPRE Y CUANDO ESTA TERMINACIÓN NO DEPENDA DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y NO EXISTA JUSTA CAUSA EN LA TERMINACIÓN, (V) LAS PERSONAS VINCULADAS A COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO CUYO RETIRO NO HAYA SIDO GENERADO POR EL ASEGURADO, (VI) LAS PERSONAS VINCULADAS A TRAVÉS DE UNA EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES Y (VII) LOS DESPIDOS MASIVOS CON O SIN AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

### 1.2. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

**SEGUROS ALFA S.A.** RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS EN QUE A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE EL ASEGURADO SEA INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE.

ESTA COBERTURA CUENTA CON LAS SIGUIENTES PARTICULARIDADES:

- LA CERTIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD DEBERÁ SER EMITIDA POR EL MÉDICO DE LA EPS, RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD, ARL, PLAN ADICIONAL DE SALUD, PÓLIZA DE SALUD A LA CUAL USTED SE ENCUENTRE AFILIADO.
- LA INCAPACIDAD DEBERÁ TENER UNA DURACIÓN IGUAL O SUPERIOR A QUINCE (15) DÍAS CORRIENTES CONTINUOS Y NO HAYA SIDO CAUSADA POR SU VOLUNTAD.
- DENTRO DE ESTA COBERTURA SE AMPARAN: (I) LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTE, (II) LOS ESTUDIANTES, (III) LAS AMAS DE CASA, (IV) LOS MICROEMPRESARIOS, (V) LOS PENSIONADOS, (VI) LOS TRABAJADORES CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS U OBRA O LABOR, (VII) LAS PERSONAS VINCULAS A CONTRATOS DE APRENDIZAJE.

PARA EL PAGO DE SU INDEMNIZACIÓN TENGA EN CUENTA LA SIGUIENTE TABLA:

DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	Nº DE PAGOS A REALIZAR
15 – 44 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1
45 – 79 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2
80 – O MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3

**RECAÍDA:** SI USTED PRESENTA UNA NUEVA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES A LA INCAPACIDAD REPORTADA PREVIAMENTE, ÉSTA SE CONSIDERARÁ COMO UNA RECAÍDA Y SE TOMARÁ COMO PARTE DEL PRIMER EVENTO DE ACUERDO CON LA TABLA DE DÍAS DE INCAPACIDAD. LO ANTERIOR, SIEMPRE Y CUANDO LA NUEVA INCAPACIDAD TENGA RELACIÓN DIRECTA DE CAUSALIDAD CON LA PATOLOGÍA QUE ORIGINÓ LA INCAPACIDAD REPORTADA PREVIAMENTE.

SI USTED COMO ASEGURADO PRESENTA UNA NUEVA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 60 DÍAS DESDE LA ÚLTIMA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL REPORTADA, LA NUEVA INCAPACIDAD SE TOMARÁ COMO UN NUEVO EVENTO.

#### NOTA:

- LA PERSONA QUE AL MOMENTO DE ADQUIRIR EL SEGURO SEA UN EMPLEADO DEPENDIENTE TENDRÁ DERECHO A LA COBERTURA DE DESEMPEÑO Y NO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
- LA PERSONA QUE AL MOMENTO DE ADQUIRIR EL SEGURO SEA INDEPENDIENTE, AMA DE CASA, MICROEMPRESARIO, PENSIONADO, ESTUDIANTE, APRENDIZ, PRACTICANTE, ESTE VINCULADO BAJO UN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O POR OBRA O LABOR TENDRÁ DERECHO A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y NO A LA COBERTURA DE DESEMPEÑO.
- LAS COBERTURAS DE DESEMPEÑO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL APLICAN SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO PAGUE MES A MES EL VALOR DE LA PRIMA.
- LAS COBERTURAS DE DESEMPEÑO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL OPERAN DE ACUERDO CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO.

## 2. EXCLUSIONES

### 2.1. EXCLUSIONES ANEXO DE DESEMPEÑO INVOLUNTARIO

(I) RENUNCIA, (II) DESPIDO CON JUSTA CAUSA, (III) MUERTE DEL ASEGURADO, (IV) EXPIRACIÓN DEL TÉRMINO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO A TÉRMINO FIJO, (V) CONTRATOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIO, (VI) CONTRATOS POR OBRA O LABOR (VII) SUSPENSIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO, (VIII) CONTRATOS FINALIZADOS DURANTE O AL MOMENTO DE FINALIZACIÓN DEL PERIODO DE PRUEBA, (IX) RELACIONES LABORALES CELEBRADAS EN EL EXTERIOR, EJECUTADAS TOTAL O PARCIALMENTE Y FINALIZADAS EN EL EXTERIOR.

### 2.2. EXCLUSIONES ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD.
- MIEMBROS DE FUERZAS MILITARES.

## 3. DEFINICIONES

**TOMADOR:** Esta póliza es grupal, razón por la cual, el tomador es la entidad que presta los servicios y/o productos financieros ("tarjeta de crédito") de los cuales usted se beneficia. En este caso el tomador es el **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** ("Banco de Bogotá").

**ASEGURADO:** En este seguro la persona asegurada será usted.

**BENEFICIARIO:** los beneficiarios serán:

- Para todas las coberturas y anexos de la presente póliza, el beneficiario será: **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**

**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.

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

**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.

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

**SINIESTRO:** Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.

#### 4. CLÁUSULAS ESPECIALES DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

##### 4.1. EVENTOS A RECONOCER POR COBERTURA

- Para las coberturas de **Desempleo Involuntario** y de **Incapacidad Total Temporal**: Se reconoce un número ilimitado de eventos.

##### 4.2. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- **Edad mínima de ingreso:** 18 años

- **Edad máxima de permanencia:** Siempre que el producto financiero este vigente y/o con saldo pendiente por pagar en la tarjeta de crédito emitida por el **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**

##### 4.3. VALORES ASEGURADOS

COBERTURAS	VALORES ASEGURADOS
Desempleo Involuntario	3 rentas cada una por \$50.000
Incapacidad Total Temporal	3 rentas cada una por \$50.000

##### 4.4. VIGENCIA DEL SEGURO

El seguro tendrá una vigencia mensual y se renovará por periodos consecutivos siempre y cuando el producto financiero se encuentre vigente y/o con saldo pendiente de pagar.

##### 4.5. VALOR Y FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

###### 4.5.1. Valor de la prima

El Valor de la prima será:

BINE	NETA MENSUAL	BRUTA MENSUAL
Rentabaja	\$ 172. 00	\$ 200. 00
Crece	\$ 207. 00	\$ 240. 00
Joven	\$ 172. 00	\$ 200. 00
Logros	\$ 184. 00	\$ 213. 00
Clásica	\$ 184. 00	\$ 213. 00
Oro	\$ 207. 00	\$ 240. 00
Platinum	\$ 230. 00	\$ 267. 00

- Tenga en cuenta que **SEGUROSALFA S.A.** podrá modificar el valor de la prima dependiendo del comportamiento de siniestralidad, estas modificaciones pueden presentarse de manera anual. Si el valor de la prima es modificada **SEGUROS ALFA S.A.** procederá a informarle dicha variación.

###### 4.5.2. Forma de pago de la prima

El pago de la prima será asumido por el asegurado, y para tales efectos el valor de ésta será cargado en la tarjeta de crédito otorgada por el Tomador al asegurado. En caso de pérdida, extravío o cambio de cualquier tipo de la tarjeta de crédito, el asegurado y/o titular de la tarjeta autoriza a la aseguradora para que el valor de la misma sea cargado a la nueva tarjeta de crédito expedida por el tomador.

##### 4.6. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá terminar cuando suceda cualquiera de las siguientes causas: (I) Cancelación de la tarjeta de crédito (II) Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado; siempre y cuando se presente al tomador una póliza de seguro de las mismas características a la presente. (III) Revocación unilateral, mediante noticia escrita de parte de **SEGUROS ALFA S.A.** (IV) Muerte del asegurado.

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

##### 5.1. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, usted como asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **SEGUROS ALFA S.A.** Si usted oculta o proporciona información inexacta sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **SEGUROS ALFA S.A.**, lo hubieren detenido de celebrar el seguro o inducido a aumentar el valor de la prima, se producirá la nulidad relativa de este seguro.

Si la inexactitud proviene de error inculpable, el seguro no será nulo, pero **SEGUROS ALFA S.A.** sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la suma asegurada.

##### 5.2. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, a usted como asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Por tal razón para afectar las coberturas descritas en este seguro será necesario que en cada reclamación se alleguen además del 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 el anexo de Desempleo Involuntario

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

#### b. Para el anexo de Incapacidad Total Temporal

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

**Nota:** **SEGUROS 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.

### 5.3. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

Cuando usted cuente con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por el siguiente medio:

- A través de la sucursal del Banco más cercana a usted.

Una vez enviada la documentación completa, **SEGUROS ALFA S.A.** procederá a resolver la reclamación

### 5.4. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN

**SEGUROS 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 cuáles 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.

### 5.5. 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 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 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 ALFA S.A.** el asegurado podrá conocer, actualizar o modificar sus datos comunicándose a la línea de atención o acceder a políticas, a través de la página web [WWW.SEGUROSALFA.COM.CO](http://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.

### 6. INFORMACIÓN ADICIONAL

- Líneas de atención al cliente: en Bogotá D.C. 7455415 o a nivel nacional 018000960066.
- Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Correo electrónico: [defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co)
- Telefax: 7435333 ext. 14454 Dirección: calle 24a no. 59 42 torre 4 piso 4 Bogotá D.C. Horario de atención: 8:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua.
- 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](http://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 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 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 ALFA S.A. Nit: 860.031.979-8

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