

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO MICROEMPRESARIO CONDICIONES

Señor asegurado, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió. Esta póliza se compone de las presentes condiciones y el certificado individual de seguro.

1. COBERTURAS

1.1. Muerte por Cualquier Causa

¿Qué me cubre? Si durante la vigencia de la póliza usted muere por cualquier causa, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.

1.2. Auxilio Funerario

¿Qué me cubre? Si durante la vigencia de la póliza usted muere por cualquier causa, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor del auxilio funerario.

1.3. Incapacidad Total y Permanente

¿Qué me cubre? Si usted sufre una incapacidad total y permanente a consecuencia de una enfermedad, accidente, o lesión, se reconocerá el pago del valor asegurado. Esta incapacidad deberá establecerse en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la EPS o ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez o cualquier otro Dictamen legalmente admisible, en atención al régimen aplicable y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).

IMPORTANTE

- Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, como la fecha determinada en el momento en que la persona evaluada alcance el cincuenta por ciento (50 %) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.
- Esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, anteriores a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.

1.4. Incapacidad Total Temporal

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago de su indemnización, equivalente al número de cuotas que correspondan según el número de días de la incapacidad, si es incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad.

La indemnización se realizará a partir del día 15 de incapacidad, de acuerdo con la siguiente tabla:

DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE PAGOS A APLICAR
15 – 44 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1
45 – 79 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2
80 – 109 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3
110 – 139 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4
140 – 169 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	5
170 O MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	6

IMPORTANTE

- Esta amparado si su incapacidad ocurre a partir del día 61 desde el inicio de la vigencia de este seguro.
- Su incapacidad debe ser emitida por tu EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada o Póliza de Salud.
- Si usted presenta una nueva incapacidad total temporal dentro de los 60 días siguientes a la incapacidad reportada previamente; ésta se considera 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 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 y habrá lugar a cobertura, siempre y cuando la póliza esté vigente para la fecha de la nueva incapacidad.

1.5. Anexo de Enfermedades Graves.

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado, si dentro de la vigencia del seguro es diagnosticado por primera vez con alguna de las siguientes siete (7) Enfermedades Graves o si le es practicado por primera vez alguno de los siguientes procedimientos:

1.4.1. Cáncer

¿Qué me cubre? El primer diagnóstico de cáncer maligno independiente de su localización o etapa.

¿Qué NO me cubre?

- 1 El cáncer maligno diagnosticado antes de ingresar a este seguro.
- 2 La metástasis originada a partir de un cáncer diagnosticado antes del inicio de la vigencia de este seguro.
- 3 Policitemia Vera, Trombocitemia esencial, Condilomas planos, Displacías.
- 4 Todo cáncer de piel maligno diferente al Melanoma.

1.4.2. Infarto Agudo del Miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón

¿Qué NO me cubre?

- 1 Insuficiencia cardiaca, Lesión traumática al miocardio.
- 2 Miocarditis, Pericarditis.
- 3 Angina o angina inestable.

1.4.3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardiaca

¿Qué NO me cubre?

- 1 Cateterismo cardiaco, cateterismo intraarterial, Tratamiento con rayo laser.

1.4.4. Accidente Cerebrovascular Isquémico y/o Hemorrágico

¿Qué NO me cubre?

- 1 Lesión Cerebral Causada isquémica o hemorrágica por Un Traumatismo O Hipoxia.
- 2 Ataques Isquémicos Transitorios (Ait), Vasculitis.

1.4.5. Insuficiencia Renal Crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal

1.4.6. Esclerosis Múltiple

¿Qué NO me cubre?

- 1** Lupus Eritematoso Sistémico.

1.4.7. Trasplante de Órganos Mayores

¿Qué me cubre? El trasplante de un órgano vital completo que usted se realice dentro de la vigencia de la póliza de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

IMPORTANTE

- Únicamente se cubren diagnósticos a partir del día 61 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Las Enfermedades Graves y/o procedimientos deben ser diagnosticados y/o certificados por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada, Póliza de Salud, lo cuál podrá ser probado con la historia clínica y soporte del diagnóstico.

ECOSISTEMA DE SERVICIOS

Gracias a la alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S A ponemos a tu disposición una plataforma de servicios que te ayudará a disfrutar de manera más amplia los beneficios del seguro. Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros.

El alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado Para mayor información sobre los servicios ingrese a nuestra página web www.Seguroesparatibdb.com o comunícate con nuestras líneas de atención en Bogotá 1 7455415 Cali 2 4850826 Medellín 4 60405167 Barranquilla 5 3851848 Bucaramanga 7 6971243 y resto del país 01 8000 960066.

2. ¿QUÉ NO ME CUBRE?

- Suicidio durante los primeros 12 meses.
- 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.
- 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 con otro país.
- 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.
- Muerte o incapacidad total permanente a consecuencia de Enfermedades, lesiones, accidentes o eventos padecidos, conocidos o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia del presente seguro.

3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación a usted le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá presentar la fotocopia del documento de identidad del asegurado y/o beneficiario, el formulario de declaración de siniestros y los documentos mencionados a continuación u otro que usted considere pertinente. Por favor tenga en cuenta los documentos que aplican al tipo de cobertura.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y AUXILIO FUNERARIO	✓ Copia del registro de defunción.
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	✓ Copia del dictamen de invalidez de la Junta Regional o Nacional de Calificación en el que conste la causa de la Invalidez, porcentaje de invalidez y descripción de disminución.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Certificados de Incapacidad emitida por EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada o Póliza de Salud.
ENFERMEDADES GRAVES.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Historia clínica o epicrisis en donde conste el diagnóstico de la enfermedad. ✓ Certificados médicos 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 o médico independiente licenciado en Colombia. ✓ Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.).

4. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

1

Complete los documentos.

2

Remita la documentación por cualquiera de los siguientes medios:

- A través de WhatsApp escribiéndonos a la línea de atención 3125104890.
- A través de las oficinas del Banco de Bogotá.
 - A través del correo electrónico siniestros@bancodebogota.com.co

3

Una vez enviada la documentación completa, Seguros de Vida Alfa S.A. procederá a resolver la reclamación y le contactaremos para informarle la resolución del caso.

IMPORTANTE

- Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación, la definición se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.

5 .DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, considere las siguientes definiciones:

ASEGURADO	En este seguro la persona asegurada es la titular del Microcrédito con el Banco de Bogotá S.A.
BENEFICIARIO	<p>Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación según la cobertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las coberturas de muerte por cualquier causa y auxilio funerario: los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de ley. • Para las coberturas de incapacidad total permanente y anexo de enfermedades graves: El asegurado. • Para la cobertura de Incapacidad Total Temporal: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cuando haya un saldo adeudado en el producto financiero: Banco de Bogotá S.A. ○ Cuando no haya un saldo adeudado en el producto financiero: El asegurado.



SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

ASEGURADOR: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. SE COMPLACE EN TENERLO A USTED COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA SATISFECHO CON LOS AMPAROS OFRECIDOS EN ESTE SEGURO.

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

Código Condicionado: 04/10/2021-1417-P-34-1074000350300000-0R00

Nota Técnica: 04/10/2021-1417-NT-P-34-V-P-BSVGRA-2021-57-0R00