

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
SEGURO MICROEMPRESARIO
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

Este certificado individual de seguro hace parte de las pólizas de seguro No. VGR 0003226 y VGR 0003503 en las cuales consta el contrato de seguro celebrado entre el **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

NÚMERO DE CERTIFICADO: Correspondrá al código producto + número del crédito + número de identificación del asegurado.

No. **0000001**

FECHA DE SOLICITUD		
DD	MM	AAAA

INTERÉS ASEGURABLE		Coberturas que Aplican			
		INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA AUXILIO FUNERARIO
	En esta cobertura el interés asegurable lo tiene el asegurado frente a su propia vida y en su patrimonio. Usted podrá afectar esta cobertura en caso de que le sea dictaminada una Incapacidad Total Permanente.	<input checked="" type="checkbox"/>			
	En esta cobertura el interés asegurable lo tiene el asegurado frente a su propia vida y en su patrimonio. Usted podrá afectar esta cobertura, en caso de que le sea prescrita una Incapacidad Total Temporal durante la vigencia del seguro.		<input checked="" type="checkbox"/>		
	En esta cobertura el interés asegurable lo tiene el asegurado frente a su propia vida y su patrimonio. Aplica si al asegurado con posterioridad al inicio de la cobertura de este amparo le es diagnosticado por primera vez cualquiera de las siguientes siete (7) Enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de Órganos Mayores y Esclerosis Múltiple.			<input checked="" type="checkbox"/>	
	En esta cobertura el interés asegurable lo tiene el asegurado frente a su propia vida. El/los beneficiario(s) podrá(n) afectar esta cobertura cuando el asegurado fallezca y existan terceras personas con la calidad de beneficiarios designados o de ley, siempre y cuando la MUERTE no sea causada por alguna condición preexistente.				<input checked="" type="checkbox"/>

ACTORES DEL SEGURO

TOMADOR	ASEGURADORA	ASEGURADO
Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. BANCO DE BOGOTÁ S.A. NIT 860.002.964-4.	Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. NIT 860.503.617-3	En este seguro es el cliente de BANCO DE BOGOTÁ S.A. . Identificado en este certificado individual de seguro.

BENEFICIARIOS

Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.

- Para las coberturas de muerte por cualquier causa y Auxilio Funerario: Los beneficiarios serán los designados por el asegurado o en su defecto los de ley.
- Para las coberturas de incapacidad total permanente y anexo de enfermedades graves: El asegurado.
- Para Incapacidad Total Temporal: 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.

DATOS DEL ASEGURADO

		Nombres y Apellidos				
		No. de Identificación				
		Fecha de Nacimiento				
	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Lugar de Nacimiento			
		Dirección de Residencia		Ciudad		Departamento
		Teléfono		E-mail		

DATOS BENEFICIARIO(S)

NOTA: Si usted desea designar sus beneficiarios por favor diligencie este espacio de lo contrario los beneficiarios serán los de ley.

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

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

IMPORTANTE

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero. Dado lo anterior, 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.** 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.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Código de Condicionado:	29/12/2023-1417-P-34-0010740322600000-0R00, 29/12/2023-1417-P-34-1074000350300000-0R00
Código de Nota Técnica:	03/12/2018-1417-NT-P-34-VP-BSVGRA-2015-1-R, 04/10/2021-1417-NT-P-34-V-P-BSVGRA-2021-57-0R00
DESCRIPCIÓN	PLAN
Valores asegurados	1 2
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ 6.400.000 \$ 10.575.000
AUXILIO FUNERARIO	\$ 450.000 \$ 634.500
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	\$ 6.400.000 \$ 10.575.000
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	Hasta \$ 1.260.000 6 rentas de \$ 210.000 Hasta \$ 1.585.800 6 rentas de \$ 264.300
ENFERMEDADES GRAVES	\$ 1.100.000 \$ 1.100.000
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Un único evento
Un número ilimitado de eventos durante la vigencia del crédito de conformidad con la tabla de días de incapacidad	Solo se reconocerá el primer diagnóstico de una de las siete enfermedades cubiertas
Duración máxima del crédito	72 meses
Período de carencia Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización	Solo se establece período de carencia, cuando las coberturas aquí mencionadas se afecten a consecuencia del suicidio o intento de suicidio. En dicho caso, este período es de 12 meses a partir de la contratación del seguro
60 días	
Período de Espera Período de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización	No se establece período activo mínimo
ECOSISTEMA DE SERVICIOS	Gracias a la alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a disfrutar de manera más amplia los beneficios de su 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 comuníquese con nuestras líneas de atención.
Edad mínima de ingreso	18 años
Edad máxima de ingreso	69 años + 364 días

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

Valor de la Prima	PLAN 1 <input type="checkbox"/>	PLAN 2 <input type="checkbox"/>	1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán únicas. 2. La vigencia iniciará al momento del desembolso del crédito y terminará con el vencimiento del plazo inicialmente seleccionado en el presente certificado, o con el cumplimiento de cualquiera de las causales de terminación. En caso de que el crédito no sea desembolsado, el seguro no entrará en vigencia. 3. La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor del plan contratado por la duración del crédito. El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por BANCO DE BOGOTÁ , y será asumido por el asegurado dentro de su plan de pagos o extracto que le suministre la entidad para tal fin. 4. La vigencia del seguro terminará por cualquiera de las causales de terminación del seguro. Si el cliente realiza el pago en un plazo inferior al inicialmente pactado, podrá: a. Continuar con el seguro hasta el plazo inicialmente seleccionado en el presente certificado individual de seguro, donde el reconocimiento y pago de la indemnización se realizará directamente al asegurado. b. Cancelar el seguro, momento en el cual procederá la devolución de las primas no devengadas (calculadas a prorrata desde la fecha del pago del crédito hasta la fecha de vencimiento).
Prima antes IVA	\$ 8.300 X PLAZO DEL CRÉDITO	\$13.400 X PLAZO DEL CRÉDITO	
IVA	\$ 0	\$ 0	
Prima después IVA	\$ 8.300 X PLAZO DEL CRÉDITO	\$13.400 X PLAZO DEL CRÉDITO	

Nota: cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.

SALVO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1153 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** su solicitud de revocación a través de los canales de atención expuestos en la sección "Atención al Consumidor Financiero".
2. Muerte del asegurado.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia única, la revocación se hará efectiva a partir de la solicitud de cancelación. En todo caso de terminación anticipada del seguro, el cliente tiene derecho a la devolución de la prima no devengada, la cual se calcula a prorrata desde la fecha de solicitud de la cancelación hasta la fecha de vencimiento del seguro.

DECLARACIONES

1. Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 años y 364 días.
2. Manifiesto expresamente que previo a la suscripción voluntaria del contrato de seguro, me han explicado de manera completa y suficiente el detalle de las condiciones, coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en cualquier momento en la ruta <http://bseg.co/seguro1074>. De igual forma, declaro que previo a la suscripción del mismo, se proporcionó el espacio para hacer las preguntas correspondientes, obtener una respuesta adecuada y presentar mis comentarios respecto a mi condición del estado del riesgo.
3. Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al solicitar, una póliza de seguro de vida o enfermedades graves.
4. Declaro sinceramente, de manera general y espontánea que los hechos y manifestaciones contenidas en este documento que determinan mi estado del riesgo son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada, en especial, aquella tendiente a encubrir hechos o circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo, tendrá las consecuencias y efectos estipulados en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, en particular, aquella cuyos hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, generará la nulidad relativa del seguro.
5. Declaro que no he sido diagnosticado, no padeczo, no he padecido, ni he sido tratado por alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, insuficiencia renal, derrame cerebral, enfermedad psiquiátrica, esclerosis múltiple, lupus, enfermedad renal, tuberculosis, enfermedad inmunológica, SIDA, alzhéimer, hepatitis, cirrosis, enfermedades cardiológicas, infarto al miocardio, enfermedad cerebral, parálisis y/o hipertensión arterial, alcoholismo o adicción a las drogas.
6. Declaro que soy consciente que el seguro no cubre la muerte relacionada a las enfermedades mencionadas anteriormente y diagnosticadas con anterioridad a la compra de la presente póliza.

AUTORIZACIONES

- a. Autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para dar tratamiento a mis datos, para fines legales, precontractuales, contractuales y poscontractuales y en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro y PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de mis datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, transmitir y/o transferir mis datos a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio con el tomador de la póliza, aliados estratégicos, terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante o accionistas. Entiendo que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables. Declaro que la información de terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual.

Conozco que para mayor información, puedo consultar la página web www.segurosalfa.com.co enlace "Política de datos".

- b. Autorizo a la Aseguradora o a quien la represente para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la central de información financiera CIFIN o cualquier otra entidad que maneje o administre las bases de datos, mi información personal, comercial y financiera, así como la información referente a mi comportamiento comercial y/o crediticio. Doy idéntica autorización respecto de toda la información contenida en el RAIS (Régimen

de Ahorro individual con Solidaridad), y de la que se encuentra administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado.

- c. Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en el presente certificado de seguro.
- d. Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total del crédito desembolsado. 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 **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**.
- e. Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para que cuando sea beneficiario del seguro efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- f. Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- g. Cuando haya devolución de prima no devengada conforme a los términos establecidos en el artículo 1071 del Código de Comercio, al momento de la cancelación autorizo la devolución de los recursos no devengados del seguro o que este valor sea acreditado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo. En caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera. De no haber autorización previa y expresa de una u otra opción, por defecto se me devolverán los recursos de prima no devengada.

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales o interponer una queja o reclamo, por favor comuníquese con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular así:

	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN	BARRANQUILLA	BUCARAMANGA	A NIVEL NACIONAL
	60(1) 7455415	60(2) 4850826	60(4) 6040167	60(5) 3851848	60(7) 6971243	018000960066
 Para radicar o conocer el estado de un siniestro, escribanos a la línea de atención de WhatsApp 3125104890.						
 Para conocer el proceso en caso de un siniestro, comuníquese con las líneas locales de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional 018000960066.						
 De conformidad con lo establecido en el artículo 1048 del Código de Comercio, usted tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones. En caso de requerirlo, por favor comunicarse con las líneas locales de atención al cliente en cada ciudad y/o a nivel nacional 018000960066.						
 Defensor del Consumidor Financiero: «defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co» / «defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co», dirección física y de correspondencia: avenida calle 26 59-15, local 6 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Teléfono (601) 7 43 53 33 Ext 14451 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Defensor del Consumidor Financiero: José Fernando Zarta y Luis Fernando Pinzón. Para mayor información ingresa a la página https://www.segurosalfa.com.co sección legal y opción Consumidor Financiero.						

CONDICIONES DEL SEGURO

La información suministrada, así como la descripción detallada de las condiciones, coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, se encuentran en el condicionado que el asegurado recibió física y/o electrónicamente por la contratación voluntaria del seguro, el cual fue explicado en detalle y se proporcionó el espacio para hacer las preguntas correspondientes y obtener una respuesta adecuada. Sin perjuicio de lo anterior, se puede acceder al condicionado por medio de los siguientes canales:

- Línea de atención al cliente de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** en cada ciudad o a nivel nacional al 018000 960066.
- Oficina del **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** en donde adquirió su seguro.
- A través de la página web y/o link que se indica a continuación: <http://bseg.co/seguro1074> y/o código QR señalado en el presente certificado de seguro a través de cualquier dispositivo móvil.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE

Manifiesto que antes de aceptar la suscripción de este seguro, me fueron explicadas: 1) Las características del producto, por lo que conozco y entiendo la obligación legal de declarar sinceramente el estado del riesgo, es decir, todos los hechos o circunstancias que lo determinen. Igualmente que, en caso de faltar a la verdad en dicha declaración, entregar información inexacta, incompleta u omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** a no asegurarme o a hacerlo en condiciones más onerosas. De incurrir en las conductas anteriormente descritas, este seguro estará viciado de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. 2) Las coberturas de la póliza, sus amparos, sus exclusiones y su vigencia. 3) Los valores asegurados, el valor de la prima y la forma de pago que estoy autorizando. 4) Los procedimientos, canales y medios que puedo utilizar en caso de solicitar una indemnización, requerir cualquier información, o presentar un requerimiento o queja. 5) Que, en caso de terminar anticipadamente la vigencia de la póliza, tengo derecho a la devolución de la prima no devengada conforme a los términos establecidos en el artículo 1071 del Código de Comercio. Al momento de la cancelación puedo autorizar la devolución de los recursos no devengados del seguro o que este valor sea acreditado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo, en caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera. De no haber autorización previa y expresa de una u otra opción, por defecto se me devolverán los recursos de prima no devengada. 6) Que todas las condiciones del producto y los servicios se encuentran disponibles mediante consulta del código QR, la URL o en la página web de **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**



Huella Índice
Derecho

Firma del asegurado
No de Documento:

Firma Autorizada **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**
NIT 860.503.617-3

Canal de Ventas GNV <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/>	Nombre de la oficina	Código de la oficina	Nombre o firma del comercial

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
SEGURO MICROEMPRESARIO
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

Este certificado individual de seguro hace parte de las pólizas de seguro No. VGR 0003226 y VGR 0003503 en las cuales consta el contrato de seguro celebrado entre el **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

NÚMERO DE CERTIFICADO: Correspondrá al código producto + número del crédito + número de identificación del asegurado.

No. **0000001**

FECHA DE SOLICITUD		
DD	MM	AAAA

INTERÉS ASEGURABLE	Coberturas que Aplican			
	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA AUXILIO FUNERARIO
	<input checked="" type="checkbox"/>			
		<input checked="" type="checkbox"/>		
			<input checked="" type="checkbox"/>	
				<input checked="" type="checkbox"/>

ACTORES DEL SEGURO

TOMADOR	ASEGURADORA	ASEGURADO
Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. BANCO DE BOGOTÁ S.A. NIT 860.002.964-4.	Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. NIT 860.503.617-3	En este seguro es el cliente de BANCO DE BOGOTÁ S.A. Identificado en este certificado individual de seguro.

BENEFICIARIOS

Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.

- Para las **coberturas de muerte por cualquier causa y Auxilio Funerario**: Los beneficiarios serán los designados por el asegurado o en su defecto los de ley.
- Para las **coberturas de incapacidad total permanente y anexo de enfermedades graves**: El asegurado.
- Para **Incapacidad Total Temporal**: 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.

DATOS DEL ASEGURADO	Nombres y Apellidos							
	<input type="text"/> Nro. de Identificación		Fecha de Nacimiento		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Lugar de Nacimiento	
	Nacionalidad		Dirección de Residencia			Ciudad		Departamento
	País de Residencia		Teléfono			E-mail		

DATOS BENEFICIARIO(S)

NOTA: Si usted desea designar sus beneficiarios por favor diligencie este espacio de lo contrario los beneficiarios serán los de ley.

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

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

IMPORTANTE

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero. Dado lo anterior, 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.** 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.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO								
Código de Condicionado:	29/12/2023-1417-P-34-0010740322600000-0R00, 29/12/2023-1417-P-34-1074000350300000-0R00							
Código de Nota Técnica:	03/12/2018-1417-NT-P-34-VP-BSVGRA-2015-1-R, 04/10/2021-1417-NT-P-34-V-P-BSVGRA-2021-57-0R00							
DESCRIPCIÓN	PLAN	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	AUXILIO FUNERARIO	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES		
Valores asegurados	1	\$ 6.400.000	\$ 450.000	\$ 6.400.000	Hasta \$ 1.260.000 6 rentas de \$ 210.000	\$ 1.100.000		
	2	\$ 10.575.000	\$ 634.500	\$ 10.575.000	Hasta \$ 1.585.800 6 rentas de \$ 264.300	\$ 1.100.000		
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Un único evento			Un número ilimitado de eventos durante la vigencia del crédito de conformidad con la tabla de días de incapacidad	Solo se reconocerá el primer diagnóstico de una de las siete enfermedades cubiertas			
Duración máxima del crédito	72 meses							
Período de carencia	Solo se establece período de carencia, cuando las coberturas aquí mencionadas se afecten a consecuencia del suicidio o intento de suicidio. En dicho caso, este período es de 12 meses a partir de la contratación del seguro							
Período de Espera	60 días							
Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización	No se establece período activo mínimo							
ECOSISTEMA DE SERVICIOS	Gracias a la alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a disfrutar de manera más amplia los beneficios de su 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 comuníquese con nuestras líneas de atención.							
Edad mínima de ingreso	18 años							
Edad máxima de ingreso	69 años + 364 días							

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

Valor de la Prima	PLAN 1 <input type="checkbox"/>	PLAN 2 <input type="checkbox"/>	1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán únicas. 2. La vigencia iniciará al momento del desembolso del crédito y terminará con el vencimiento del plazo inicialmente seleccionado en el presente certificado, o con el cumplimiento de cualquiera de las causales de terminación. En caso de que el crédito no sea desembolsado, el seguro no entrará en vigencia. 3. La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor del plan contratado por la duración del crédito. El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por BANCO DE BOGOTÁ , y será asumido por el asegurado dentro de su plan de pagos o extracto que le suministre la entidad para tal fin. 4. La vigencia del seguro terminará por cualquiera de las causales de terminación del seguro. Si el cliente realiza el pago en un plazo inferior al inicialmente pactado, podrá: a. Continuar con el seguro hasta el plazo inicialmente seleccionado en el presente certificado individual de seguro, donde el reconocimiento y pago de la indemnización se realizará directamente al asegurado. b. Cancelar el seguro, momento en el cual procederá la devolución de las primas no devengadas (calculadas a prorrata desde la fecha del pago del crédito hasta la fecha de vencimiento).
Prima antes IVA	\$ 8.300 X PLAZO DEL CRÉDITO	\$13.400 X PLAZO DEL CRÉDITO	
IVA	\$ 0	\$ 0	
Prima después IVA	\$ 8.300 X PLAZO DEL CRÉDITO	\$13.400 X PLAZO DEL CRÉDITO	

Nota: cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.

SALVO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1153 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS.

CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** su solicitud de revocación a través de los canales de atención expuestos en la sección "Atención al Consumidor Financiero".

2. Muerte del asegurado.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia única, la revocación se hará efectiva a partir de la solicitud de cancelación. En todo caso de terminación anticipada del seguro, el cliente tiene derecho a la devolución de la prima no devengada, la cual se calcula a prorrata desde la fecha de solicitud de la cancelación hasta la fecha de vencimiento del seguro.

DECLARACIONES

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 años y 364 días.
- Manifiesto expresamente que previo a la suscripción voluntaria del contrato de seguro, me han explicado de manera completa y suficiente el detalle de las condiciones, coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en cualquier momento en la ruta <http://bseg.co/seguro1074>. De igual forma, declaro que previo a la suscripción del mismo, se proporcionó el espacio para hacer las preguntas correspondientes, obtener una respuesta adecuada y presentar mis comentarios respecto a mi condición del estado del riesgo.
- Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al solicitar, una póliza de seguro de vida o enfermedades graves.
- Declaro sinceramente, de manera general y espontánea que los hechos y manifestaciones contenidas en este documento que determinan mi estado del riesgo son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada, en especial, aquella tendiente a encubrir hechos o circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo, tendrá las consecuencias y efectos estipulados en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro, en particular, aquella cuyos hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, generará la nulidad relativa del seguro.
- Declaro que no he sido diagnosticado, no padeczo, no he padecido, ni he sido tratado por alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes, insuficiencia renal, derrame cerebral, enfermedad psiquiátrica, esclerosis múltiple, lupus, enfermedad renal, tuberculosis, enfermedad inmunológica, SIDA, alzhéimer, hepatitis, cirrosis, enfermedades cardiológicas, infarto al miocardio, enfermedad cerebral, parálisis y/o hipertensión arterial, alcoholismo o adicción a las drogas.
- Declaro que soy consciente que el seguro no cubre la muerte relacionada a las enfermedades mencionadas anteriormente y diagnosticadas con anterioridad a la compra de la presente póliza.

AUTORIZACIONES

- Autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para dar tratamiento a mis datos, para fines legales, precontractuales, contractuales y poscontractuales y en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro y PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de mis datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, transmitir y/o transferir mis datos a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio con el tomador de la póliza, aliados estratégicos, terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante o accionistas. Entiendo que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables. Declaro que la información de terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual.

Conozco que para mayor información, puedo consultar la página web www.segurosalfa.com.co enlace "Política de datos".

- Autorizo a la Aseguradora o a quien la represente para consultar, procesar, solicitar, reportar y divulgar a la central de información financiera CIFIN o cualquier otra entidad que maneje o administre las bases de datos, mi información personal, comercial y financiera, así como la información referente a mi comportamiento comercial y/o crediticio. Doy idéntica autorización respecto de toda la información contenida en el RAIS (Régimen

de Ahorro individual con Solidaridad), y de la que se encuentra administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado.

- Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en el presente certificado de seguro.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total del crédito desembolsado. 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 **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**.
- Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para que cuando sea beneficiario del seguro efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- Cuando haya devolución de prima no devengada conforme a los términos establecidos en el artículo 1071 del Código de Comercio, al momento de la cancelación autorizo la devolución de los recursos no devengados del seguro o que este valor sea acreditado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo. En caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera. De no haber autorización previa y expresa de una u otra opción, por defecto se me devolverán los recursos de prima no devengada.

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales o interponer una queja o reclamo, por favor comuníquese con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular así:

	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN	BARRANQUILLA	BUCARAMANGA	A NIVEL NACIONAL
	60(1) 7455415	60(2) 4850826	60(4) 6040167	60(5) 3851848	60(7) 6971243	018000960066
	Para radicar o conocer el estado de un siniestro, escribanos a la línea de atención de WhatsApp 3125104890.					
	Para conocer el proceso en caso de un siniestro, comuníquese con las líneas locales de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional 018000960066.					
	De conformidad con lo establecido en el artículo 1048 del Código de Comercio, usted tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones. En caso de requerirlo, por favor comunicarse con las líneas locales de atención al cliente en cada ciudad y/o a nivel nacional 018000960066.					
	Defensor del Consumidor Financiero: «defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co» / «defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co», dirección física y de correspondencia: avenida calle 26 59-15, local 6 de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Teléfono (601) 7 43 53 33 Ext 14451 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Defensor del Consumidor Financiero: José Fernando Zarta y Luis Fernando Pinzón. Para mayor información ingresa a la página https://www.segurosalfa.com.co sección legal y opción Consumidor Financiero.					

CONDICIONES DEL SEGURO

La información suministrada, así como la descripción detallada de las condiciones, coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, se encuentran en el condicionado que el asegurado recibió física y/o electrónicamente por la contratación voluntaria del seguro, el cual fue explicado en detalle y se proporcionó el espacio para hacer las preguntas correspondientes y obtener una respuesta adecuada. Sin perjuicio de lo anterior, se puede acceder al condicionado por medio de los siguientes canales:

- Línea de atención al cliente de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** en cada ciudad o a nivel nacional al 018000 960066.
- Oficina del **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** en donde adquirió su seguro.
- A través de la página web y/o link que se indica a continuación: <http://bseg.co/seguro1074> y/o código QR señalado en el presente certificado de seguro a través de cualquier dispositivo móvil.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE 

Manifiesto que antes de aceptar la suscripción de este seguro, me fueron explicadas: 1) Las características del producto, por lo que conozco y entiendo la obligación legal de declarar sinceramente el estado del riesgo, es decir, todos los hechos o circunstancias que lo determinen. Igualmente que, en caso de faltar a la verdad en dicha declaración, entregar información inexacta, incompleta u omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** a no asegurarme o a hacerlo en condiciones más onerosas. De incurrir en las conductas anteriormente descritas, este seguro estará viciado de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. 2) Las coberturas de la póliza, sus amparos, sus exclusiones y su vigencia. 3) Los valores asegurados, el valor de la prima y la forma de pago que estoy autorizando. 4) Los procedimientos, canales y medios que puedo utilizar en caso de solicitar una indemnización, requerir cualquier información, o presentar un requerimiento o queja. 5) Que, en caso de terminar anticipadamente la vigencia de la póliza, tengo derecho a la devolución de la prima no devengada conforme a los términos establecidos en el artículo 1071 del Código de Comercio. Al momento de la cancelación puedo autorizar la devolución de los recursos no devengados del seguro o que este valor sea acreditado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo, en caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera. De no haber autorización previa y expresa de una u otra opción, por defecto se me devolverán los recursos de prima no devengada. 6) Que todas las condiciones del producto y los servicios se encuentran disponibles mediante consulta del código QR, la URL o en la página web de **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**



Huella Índice Derecho

Firma del asegurado
No de Documento:Firma Autorizada **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**
NIT 860.503.617-3

Canal de Ventas GNV <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/>	Nombre de la oficina	Código de la oficina	Nombre o firma del comercial
Código o identificación del comercial	Valor del crédito inicialmente solicitado	Valor prima única	Valor crédito con seguro