

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO  
PROTECCIÓN INTEGRAL FAMILIAR  
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

Este certificado individual de seguro hace parte de la póliza de seguro VGR 0003330 en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el  
**BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**  
NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponderá al Código de producto + Número del crédito + Número del Documento de Identidad del Cliente.

No. **0000001**

INTERÉS ASEGURABLE	FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA			
	Coberturas que Aplican			
	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES	CÁNCER
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.	✓			
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.		✓		
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.			✓	
En esta cobertura el interés asegurable lo tiene el asegurado frente a su propia vida y en su patrimonio. Usted podrá afectar esta cobertura cuando sea diagnosticado con cáncer por primera vez.				✓

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

BENEFICIARIOS	
Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.	
- Para el amparo de Muerte Accidental, Renta canasta familiar y Renta mensual para pensión escolar de los hijos del asegurado: Los beneficiarios serán los designados por el asegurado en el certificado de seguro o los de ley cuando no haya beneficiarios designados en el certificado de seguro.	
- Para las coberturas de Incapacidad Total Permanente, Incapacidad Total y Permanente como Consecuencia de un Accidente en Transporte Aéreo, Canasta Familiar en caso de Incapacidad Total Permanente, anexo de renta mensual Escolar en caso de Incapacidad Total Permanente, Anexo de Enfermedades Graves y Detección de Cáncer Femenino o Próstata: El asegurado.	

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%			

DATOS DEL ASEGURADO	
Nombres y Apellidos	
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.S.	No. de Identificación
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento	Departamento
Nacionalidad	Dirección de Residencia
País de Residencia	Ciudad
	Teléfono
	E-mail

**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-34-0006280333000000-0R00						
Código de Nota Técnica:	08/06/2021-1417-NT-P-34-V-P-BSVGRA-2021-20-0R00						
DESCRIPCIÓN	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL PASAJERO DE TRANSPORTE AÉREO	RENTA POR CANASTA FAMILIAR (Muerte e ITP)	RENTA POR ASISTENCIA ESCOLAR (Muerte e ITP)	ENFERMEDADES GRAVES	DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO O DE PRÓSTATA
Suma asegurada	Pago único de \$12.000.000	Pago único de \$12.000.000	Pago único de \$60.000.000	Pago único de \$2.400.000	Pago único de \$3.000.000	Pago único de \$5.000.000	Pago único de \$2.500.000
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Se reconocerá un (1) único evento					Un (1) solo evento, por cada una de las enfermedades señaladas en el presente condicionado.	Se reconocerá un (1) único evento
Periodo activo mínimo *Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización*	No se establece periodo activo mínimo						
Períodos de Carencia *Periodo de permanencia mínimo en la póliza Para presentar la primera reclamación de indemnización*	No establece periodo de carencia					90 días	
Edad mínima de ingreso	18 años						
Edad máxima de ingreso	69 años + 364 días						
Edad máxima de permanencia	74 años + 364 días						

**ASEGURADO**

## VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

VALOR DE LA PRIMA		1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro será única. 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 renovación de la póliza es automática y la vigencia de cada renovación será igual a la inicialmente contratada, la cual está indicada expresamente en la carátula de la póliza y/o certificado individual, sin perjuicio que en cualquier momento y/o antes de su vencimiento, el asegurado a su voluntad manifieste su intención de no renovarla y/o ejercer la facultad de la revocación que tiene el cliente en cualquier momento. En todo caso, si se presenta una modificación en las condiciones de la póliza, (nombre Aseguradora en negrilla) notificará al asegurado de manera previa, oportuna y completa, con el objetivo que éste pueda evaluar la información suministrada y escoger libremente si desea continuar con la misma o hacer uso de la facultad de revocación que tiene el cliente en cada momento y de la libertad de elección de sus contrapartes. 4. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro será única por las primeras veinticuatro (24) cuotas, la prima será el resultado de multiplicar la cuota mensual del crédito por 24 y por la tasa de seguro. A partir de la cuota veinticinco (25), la prima de seguro será mensual y se renovará automáticamente por períodos iguales hasta la terminación del crédito; para este caso el valor de la prima corresponderá a la cuota mensual del crédito. El recaudo de la misma se efectuará al momento del desembolso por los primeros 24 meses. A partir del mes 25 se realizará de manera mensual y el cliente lo verá reflejado en el extracto del producto financiero emitido por el banco. 5. El asegurado tendrá un período de sesenta (60) días corrientes contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro, para efectuar el pago de la prima. 6. La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o 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). <b>Nota:</b> cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.
<b>PLAN ÚNICO</b>		
<b>Prima antes de IVA</b>	\$ 30.900	
<b>IVA</b>	\$ 0	
<b>Prima después de IVA</b>	\$ 30.900	

**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 DE SEGURO

**El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:**

1. Cancelación del producto financiero seleccionado para debitar el pago de la prima del seguro.
2. Mora en el pago de la prima.
3. Revocación unilateral, mediante noticia escrita por parte de la Aseguradora a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha de envío.
4. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
5. Muerte del asegurado.

**Importante:** Si la cancelación ocurre dentro de los primeros 24 meses, la cancelación se hará efectiva a partir de la solicitud de cancelación. En este caso, usted tiene derecho a la devolución de la prima no devengada, (calculada a prorrata desde la fecha de solicitud de la cancelación hasta la fecha de vencimiento del seguro). Si la cancelación ocurre después de la cuota 24, se hará efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada después de realizada la solicitud de revocación.

## 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/seguro628>. 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 diagnosticado ni padezco de ningún tipo de cáncer.
4. Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro de vida, salud, o enfermedades graves.
5. 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 retención, 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 retención, 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.
6. Declaro que no he sido diagnosticado, no padezco, 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 cardíológicas, infarto al miocardio, enfermedad cerebral, parálisis y/o hipertensión arterial, alcoholismo o adicción a las drogas.

## 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](http://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 CIFI 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 individual de seguro.
- d. Autorizo la renovación automática de la vigencia del seguro en los términos y condiciones establecidos en el numeral 3 del acápite vigencia y prima del seguro.
- e. Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** a efectuar el recaudo de la prima de seguro las primeras 24 cuotas, la cual se encontrará incluida en la liquidación del valor total del crédito desembolsado y a partir de la cuota 25 el valor de prima se cargará mensualmente a la cuota del Crédito. 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.**
- f. 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.
- g. 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.
- h. 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	MEDELLIN	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, tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones. 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 018000960066
- 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/seguro628> y/o código QR señalado en el presente certificado individual 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