

PÓLIZADE SEGURO DE DESEMPLEO CUOTA PROTEGIDA LIBRANZA

CONDICIONES

BANCO DE BOGOTÁ

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

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ART. 184 DEL EOSF Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, CADA UNA DE LAS EXCLUSIONES SERÁN ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

1. COBERTURA

1.1. DESEMPLEO

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado cuando pierda su trabajo y se encuentre en alguna de las situaciones descritas a continuación:

- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término indefinido por más de 6 meses y es despedido sin justa causa.
- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término fijo por más de 6 meses y el contrato finaliza antes del término inicialmente establecido y no exista justa causa en la terminación.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor por más de 12 meses consecutivos y su contrato es terminado por el empleador.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios por más de 12 meses consecutivos y su contrato es terminado por el contratante.
- Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculados por más de 12 meses consecutivos con el mismo empleador, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo.

IMPORTANTE

- Para estar amparado, usted debe haber trabajado durante 6 meses continuos, excepto para contratos por obra o labor y contratos de provisionalidad para el que se requieren 12 meses de continuidad.
- Únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 61 desde el inicio de vigencia de este seguro.

1.2. 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 después de 15 días de incapacidad, de acuerdo con la siguiente tabla:

DÍAS DE INCAPACIDAD CONSECUTIVOS CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR A SU CRÉDITO
15-44 días calendario	1
45-79 días calendario	2
80-109 días calendario	3
110-139 días calendario	4
140-169 días calendario	5
170 o más días calendario	6

IMPORTANTE

- La incapacidad deberá tener una duración igual o superior a 61 días corrientes continuos y que no haya sido causada por su voluntad.
- Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 60 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- La certificación de la incapacidad debe ser emitida por el médico de la 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.

1.3. ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago de su indemnización, si le es diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes siete (7) Enfermedades Graves:

- 1.3.1. Cáncer
- 1.3.2. Infarto Agudo del miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón.
- 1.3.3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardíaca.
- 1.3.4. Accidente cerebrovascular.
- 1.3.5. Insuficiencia renal crónica.
- 1.3.6. Trasplante de órganos mayores.
- 1.3.7. Esclerosis múltiple.

Nota Enfermedades Graves: (i) 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, respaldado con historia clínica y soportes diagnósticos, (ii) Únicamente se cubren diagnósticos a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.

2. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE DESEMPLEO

- Renuncia, despido con justa causa, muerte del asegurado, vencimiento del contrato a término fijo.
- Suspensión del contrato de trabajo.
- Terminación del contrato en el periodo de prueba.
- Contrato de trabajo fuera de Colombia.
- Contratos de aprendizaje.
- Contrato de prestación de servicios.
- Trabajadores de su propia empresa.
- Integrantes de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.
- Pensionados.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- Licencias de maternidad o licencias de paternidad.
- Incapacidades para integrantes de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.
- Incapacidades por intento de suicidio.
- Incapacidades a consecuencia de tratamientos estéticos, Incapacidades por participación en:
 - i) Actos delictivos o contravencionales, ii) actos terroristas, iii) conmociones civiles, iv) asonadas, v) disturbios, vi) guerra y vii) Manipulación de armas de fuego.
- Incapacidades como consecuencia de intoxicación por encontrarse en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica.
- Incapacidades como consecuencia de Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión.
- Incapacidades como consecuencia de participación en actividades o deportes de alto riesgo, como por ejemplo las que involucran aeronaves, vehículos de motor o tracción animal, ser pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación y polo.

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

- Si usted ha sido diagnosticado de cáncer maligno antes de ingresar al seguro.
- Cánceres o tumores diagnosticados como benignos o pre malignos.
- Cáncer de piel maligno a excepción del Melanoma.
- Policitemia, Trombocitemia Rubra Vera
- Lesión cerebral causada por un traumatismo.
- Ataques isquémicos transitorios (AIT).
- Cualquiera de las Enfermedades Graves, que se generen por SIDA o VIH.
- 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.
- Incapacidades por participación en:
 - i) Actos delictivos o contravencionales, ii) actos terroristas, iii) conmociones civiles, iv) asonadas, v) disturbios, vi) guerra y vii) Manipulación de armas de fuego.
- Procedimiento realizado por un médico no licenciado.

3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

En adición a la fotocopia del documento de identidad (sólo beneficiarios) y el Formato para Declaración de Siniestros, el reclamante está obligado a probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos, para cada una de las coberturas, sin perjuicio de otros que considere pertinentes.

DESEMPLEO

- 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 sobre fecha de inicio y terminación del contrato.
- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios, prestaciones sociales y/o bonificación.

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 de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.

ENFERMEDADES GRAVES

- Certificados y exámenes médicos (biopsia, radiografías, etc.), en original o en copia, del dictamen médico 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.

4. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

1. Complete los documentos.
2. Radique en la oficina del Banco de Bogotá o a través del buzón: siniestros@bancodebogota.com.co o a través de la página web: <https://aseguradosbancodebogota.segurosalfa.com.co>
 - o A través de las oficinas del Banco de Bogotá.
 - o a través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3125104890.
 - o a través de las líneas de servicio al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional.
3. Nos contactaremos con usted para informarle la resolución del caso.

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. 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

- De conformidad con lo establecido en el artículo 1048 del Código de Comercio, tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones.
- A través del Defensor del Consumidor Financiero, como vocero y conciliador ante las entidades financieras, podrán ser formuladas las quejas respecto al producto y servicio prestados por nuestra compañía de manera gratuita. Las quejas serán resueltas dentro del marco de sus funciones, sin que se exija ninguna formalidad adicional a su identificación, datos de contacto y descripción de los hechos y derechos que considere vulnerados.
- Datos del Defensor del Consumidor Financiero: José Fernando Zarta y Luis Fernando Pinzón. E-mail: defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co/defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co. Dirección física y de correspondencia: Av. Calle 26 No. 59-15, local 6 Bogotá D.C. de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua o al teléfono 60 (1) 7435333 Ext. 14451 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para mayor información ingrese a la página <https://www.segurosalfa.com.co> sección **Legal** y opción **Consumidor Financiero**.

6. DEFINICIONES

ASEGURADO	Es la persona titular del producto financiero.
BENEFICIARIO	Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación según la cobertura Desempleo e Incapacidad Total Temporal: Banco de Bogotá Enfermedades Graves: el Asegurado
PRIMA	Es el precio del seguro.
SINIESTRO	Ocurrencia de los sucesos amparados que originen el pago del valor asegurado de la presente póliza.
VALOR ASEGURADO	Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.



SEGUROS ALFA S.A.

ASEGURADOR: SEGUROS ALFA S.A.

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

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

Códigos de Condicionados: 29/12/2023-1325-P-24-0006220012700000-0R00

Notas Técnicas: 01/09/2018-1325-NT-P-24-G-P- BSDEAV-2017-R