

PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO

CUOTA PROTEGIDA PARA ASALARIADOS VEHÍCULOS

CONDICIONES

BANCO DE BOGOTÁ

Señor asegurado, SEGUROS 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.

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. COBERTURAS

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

- Únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 61 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Para los contratos a término fijo e Indefinido, se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos del mismo tipo, siempre y cuando este período no supere ocho (8) días hábiles.
- Para los contratos de obra o labor, prestación de servicios, cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos del mismo tipo, siempre y cuando este período no supere quince (15) días hábiles y sea con el mismo empleador o contratante.

¿Qué NO me cubre?

1	Renuncia o Despido con justa causa.	2	Vencimiento del contrato a término fijo.	3	Terminación del contrato en el período de prueba.
4	Contrato de trabajo fuera de Colombia.	5	Suspensión del contrato de trabajo.	6	Terminación laboral por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que haya pago alguno de bonificación o indemnización.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA EMPLEADOS

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago de su indemnización, si es incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad.

Tenga en cuenta que las licencias de maternidad y paternidad no serán cubiertas, toda vez que estas no se consideran como incapacidad.

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

DÍAS DE INCAPACIDAD CONSECUTIVOS CERTIFICADOS	NÚMERO DE CUOTAS A ABONAR
15-44	1
45-74	2
75-104	3
105-134	4
135-164	5
Más de 164	6

IMPORTANTE

- Únicamente se cubre las incapacidades que ocurra a partir del día 61 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 dentro de los siguientes 60 días de su incapacidad sufre una recaída y tiene una nueva incapacidad; ésta se sumará a la anterior para determinar el pago de las cuotas de acuerdo con la tabla mencionada.

¿Qué NO me cubre?

- 1 Incapacidad generada por estrés, ansiedad o depresión.

1.3. ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado, 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

¿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	Cánceres o tumores diagnosticados como benignos, pre malignos.
3	Policitemia Vera, Trombocitemia esencial, Condilomas planos y Displacias.	4	Todo cáncer de piel maligno diferente al Melanoma.

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 Isquémico y/o Hemorrágico.

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

1.3.6. Esclerosis Múltiple.

1.3.7. Trasplante de Órganos Mayores.

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 91 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, SISBÉN, ARL, medicina prepagada, póliza de salud, lo cual podrá ser probado con la historia clínica y soportes diagnósticos.

2. 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, el formato 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.

DOCUMENTOS	COBERTURAS		
	DESEMPLEO	INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES
Documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, en la que se especifique la siguiente información: (i) tipo de contrato, (ii) causal de terminación (iii) fecha de inicio y terminación del contrato. (iv) Soporte de indemnización o bonificación para contratos fijos e indefinidos. (v) Para contratos de obra labor, prestación de servicios, carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y contratos en provisionalidad, certificación de continuidad laboral mínima de 12 meses.	X		
Certificados y exámenes médicos, que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes y donde consten las causas que dieron origen a la incapacidad, emitidos por las entidades o médicos mencionados. Los certificados o exámenes informales no serán considerados.		X	
Historia clínica y en caso de cáncer los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.			X

IMPORTANTE

SEGUROS ALFA S.A. podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

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.

3. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

Cuando el asegurado cuente con los documentos para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por alguno de los siguientes medios:

- A través del correo electrónico siniestros@bancodebogota.com.co
- A través de las oficinas del Banco de Bogotá.
- A través de la página web <https://aseguradosbancodebogota.segurosalfa.com.co>, o
- A través de las líneas de servicio al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional.
- A través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3125104890.

Una vez enviada la documentación completa Seguros Alfa S.A. procederá a resolver la reclamación.

4. 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**.

5 DEFINICIONES

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

ASEGURADO	Es la persona titular del producto financiero.
BENEFICIARIO	Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación. <ul style="list-style-type: none">• Para la cobertura de Desempleo: En los casos en los que NO se efectúen pagos anticipados totales del crédito, y mientras el crédito continúe vigente, el beneficiario será EL BANCO DE BOGOTÁ S.A. En los casos en los que SI se efectúen pagos anticipados totales del crédito, y por ende dicho crédito NO continúe vigente, el beneficiario será El asegurado.• Para las coberturas de Incapacidad Total Temporal y Enfermedades Graves: El asegurado.
CÁNCER	Crecimiento celular anormal y descontrolado de células con invasión de tejidos vecinos o a distancia a través de metástasis. Este crecimiento anormal afecta tanto la función como la estructura de las células.
EMPLEO	Situaciones de contratación para el trabajo previstas en este documento.
INDEMNIZACIÓN	Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.
METÁSTASIS	Es la propagación de las células cancerosas a un órgano distinto al de su origen.
PRIMA	Es el precio del seguro.
¿QUÉ NO ME CUBRE?	Son las exclusiones de la póliza.
RECAÍDA	Reaparición de una enfermedad.
SINIESTRO	Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA	Terminación del contrato de trabajo de acuerdo con las causales del artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo.
TOMADOR	Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.
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.
Código Condicionado: 29/12/2023-1325-P-24-0006490013800000-0R00
Nota Técnica: 01/09/2018-1325-NT-P-24-G-P- BSDEAV-2017-R