

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
SEGURO CUOTA PROTEGIDA ASALARIADOS LIBRE DESTINO
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO**

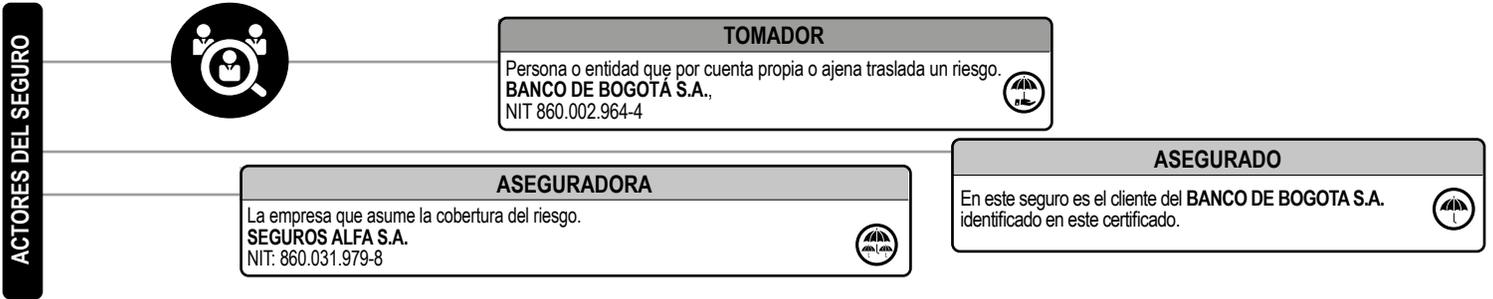
FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

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



Este certificado individual de seguro hace parte de la póliza de seguro No. DES 0000140 en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE BOGOTÁ S.A., SEGUROS ALFA S.A. **NÚMERO DE CERTIFICADO:** Corresponderá al Código de Producto + Número de Documento de Identidad del Cliente + Número del Crédito.

| BENEFICIARIOS |
|--|
| <p>Persona o entidad autorizada por parte del asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.</p> <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. |



| INTERÉS ASEGURABLE | Coberturas que aplican | | |
|---|------------------------|----------------------------|---------------------|
| | DESEMPLEO | INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL | ENFERMEDADES GRAVES |
| <p>En esta cobertura el interés asegurable lo tiene el asegurado frente a su patrimonio, el cual puede verse afectado con ocasión a la pérdida de su empleo. La pérdida del empleo no debe ocasionarse producto de: La renuncia o despido por justa causa, el vencimiento de contrato a término fijo, la terminación del contrato en el periodo de prueba o si el contrato laboral se desarrolla por fuera del territorio nacional.</p> | ✓ | | |
| <p>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.</p> | | ✓ | |
| <p>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.</p> | | | ✓ |

| CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO | | | |
|--|---|---|--|
| Código de Condicionado: | 29/12/2023-1325-P-24-0006530014000000-0R00 | | |
| Código de Nota Técnica: | 01/09/2018-1325-NT-P-24-G-P- BSDEAV-2017-R | | |
| Descripción | DESEMPLEO | INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL | ENFERMEDADES GRAVES |
| Valor asegurado y límite de cobertura | Pago de (6) cuotas de hasta \$ 4.000.000 cada una, limitadas al valor de la última cuota mensual del crédito. | Pago de hasta (6) cuotas de hasta \$ 4.000.000 cada una, de acuerdo con la tabla de incapacidad, limitadas al valor de la última cuota mensual del crédito. | Pago de (6) cuotas de hasta \$ 4.000.000 cada una, limitadas al valor de la última cuota mensual del crédito. |
| Número de eventos a indemnizar por cobertura | Ilimitado | | Se reconoce un evento por el primer diagnóstico por cada una de las Enfermedades Graves cubiertas, durante la vigencia del seguro. |
| Periodo de carencia <small>*Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización*</small> | 60 días | | 90 días |
| Periodo activo mínimo Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización. | 6 meses | No se establece periodo activo mínimo | |
| Edad mínima de ingreso | 18 años | | |
| Edad máxima de ingreso | 69 años + 364 días | | |

ECOSISTEMA DE SERVICIOS

Como asegurado de **SEGUROS ALFA S.A.**, tiene a su disposición una plataforma de servicios que le permitirán disfrutar de manera más amplia los beneficios de su seguro. El alcance, condiciones y disponibilidad de los servicios del ecosistema estará determinado por la aseguradora. Los servicios se otorgan en alianza con **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** y podrán ser prestados directamente o por terceros. Para mayor información sobre los servicios comuníquese con nuestras líneas de atención.



IMPORTANTE

SEGUROS 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 las aseguradoras, 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 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.



VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán 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 prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito por la duración del crédito y la tasa de seguro con IVA. El recaudo de la misma se efectuará al momento del desembolso y el cliente lo verá reflejado en su extracto mensual del producto financiero emitido por el Banco.
 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.)
- Nota:** Cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.

| VALOR PRIMA CUOTA PROTEGIDA | |
|-----------------------------|--------|
| SIN IVA | 7,25% |
| IVA | 1,378% |
| CON IVA | 8,628% |

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.



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/seguo653>. 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 presentar una solicitud de seguro con cobertura de 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 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, alzheimer, hepatitis, cirrosis, enfermedades cardíológicas, 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.
7. Declaro que me fue explicado que el presente seguro cubre la muerte como consecuencia de alguna enfermedad preexistente en los términos, condiciones y con los periodos de carencia expresamente definidos en el condicionado particular de la póliza.



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 ALFA S.A.** su solicitud de revocación a través de los canales de atención expuestos en la sección "Atención al Consumidor Financiero".
2. 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.
3. 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.

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 de Fondos de Pensiones y de Cesantía (Asofondos) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado.

- c. 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.
- d. Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en el presente certificado individual de seguro.
- e. 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.
- f. 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 crédito desembolsado. Asimismo, y una vez efectuado el recaudo de la prima, autorizo al Banco para que efectúe directamente el pago de la misma a **SEGUROS ALFA S.A.**
- 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.

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 durante la venta del seguro. Sin perjuicio de lo anterior, se puede acceder al condicionado por medio de los siguientes canales:

- Líneas locales de atención al cliente de **SEGUROS ALFA S.A.** en cada ciudad o al 018000960066 a nivel nacional.
- 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/seguro653> y/o código QR señalado en el presente certificado individual a través de cualquier dispositivo móvil.



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.

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 DE VIDA ALFA S.A.** y **SEGUROS 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, o la URL, o en la página web de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** y **SEGUROS ALFA S.A.**

Huella Índice Derecho

Firma del Asegurado

Firma Autorizada SEGUROS ALFA S.A.
NIT 860.031.979-8

Firma Asesor de Ventas

No de Documento:

| Canal 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 |