

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA LIBRANZA
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO**

Este certificado individual de seguro hace parte de la póliza de seguro No. DES 0000127 en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS ALFA S.A.
NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponderá al código de producto + número de crédito + número de documento de identidad del cliente

No. **0000001**

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE	Coberturas que Aplican		
	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES
Aplica si usted tiene Contrato como empleado directo de una compañía a término definido o indefinido.	✓	✓	
Aplica si usted está Vinculado por medio de una empresa de servicios temporales con contrato a término definido o indefinido.	✓	✓	
Aplica si usted está Vinculado o asociado activo a una cooperativa de trabajo (por contrato a término fijo o indefinido).	✓	✓	
Aplica si usted está Vinculado a una empresa bajo contrato de Obra o labor.	✓	✓	
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.			✓

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 ALFA S.A. NIT 860.031.979-8	En este seguro es el cliente de BANCO DE BOGOTÁ S.A. Identificado en esta solicitud.

BENEFICIARIOS	
Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación. - Para el amparo Desempleo e Incapacidad Total Temporal: BANCO DE BOGOTÁ S.A. - Para el amparo de Enfermedades Graves: El asegurado.	

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

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 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 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:	29/12/2023-1325-P-24-0006220012700000-0R00		
Código de Nota Técnica	01/09/2018-1325-NT-P-24-G-P- BSDEAV-2017-R		
PLAN 1	DESEMPLEO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
Valor Asegurado	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 cuota mensual del crédito.	Pago de (6) cuotas de hasta \$4.000.000 cada una, limitadas al valor de la cuota mensual del crédito.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	ILIMITADO en la vigencia del seguro		Se reconoce un evento por el primer diagnóstico por cada una de las Enfermedades Graves cubiertas, durante la vigencia del seguro.
Período activo mínimo "Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización"	6 meses	No se establece período activo mínimo	
Período de Carencia "Período de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	60 días		90 días
Edad mínima ingreso	18 años		
Edad máxima ingreso	69 años + 364 días		

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

Tasa antes de IVA	7,250%	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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 con IVA. 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 al resultado de multiplicar la cuota mensual del crédito por la tasa del seguro con IVA. 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. 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. 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: <ol style="list-style-type: none"> Continuar con el seguro hasta la fecha de vencimiento original del crédito, pasando de ser un seguro de protección del crédito a ser un seguro de protección individual, donde el reconocimiento y pago de la indemnización se realizará directamente al asegurado. 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). <p>Nota: Cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.</p>
IVA 19%	1,378%	
Tasa después de IVA	8,628%	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA 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.

ASEGURADO

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar el pago de la prima del seguro.
2. Mora en el pago de la prima.
3. 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".
4. Revocación unilateral para amparos diferentes a vida, 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.
5. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
6. 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/seguro622>. 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 de vida, salud, 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 padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple y no me han practicado Cirugía de Bypass Coronario ni Trasplantes de Órganos Mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido. Tipo de enfermedad:

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.

- a. Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en el presente certificado individual de seguro
- b. 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 ALFA S.A.**
- 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. 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.
- e. 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 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/seguro622> y/o código QR señalado en la presente solicitud 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

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

No de Documento:

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

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA LIBRANZA
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO**

Este certificado individual de seguro hace parte de la póliza de seguro No. DES 0000127 en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS ALFA S.A.
NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponderá al código de producto + número de crédito + número de documento de identidad del cliente

No. **0000001**

INTERÉS ASEGURABLE	FECHA DE SOLICITUD		
	DD	MM	AAAA
	Coberturas que Aplican		
	DESEMPLEO (Despido sin justa causa)	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES
Aplica si usted tiene Contrato como empleado directo de una compañía a término definido o indefinido.	✓	✓	
Aplica si usted está Vinculado por medio de una empresa de servicios temporales con contrato a término definido o indefinido.	✓	✓	
Aplica si usted está Vinculado o asociado activo a una cooperativa de trabajo (por contrato a término fijo o indefinido).	✓	✓	
Aplica si usted está Vinculado a una empresa bajo contrato de Obra o labor.	✓	✓	
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.			✓

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 ALFA S.A. , NIT 860.031.979-8	En este seguro es el cliente de BANCO DE BOGOTÁ S.A. Identificado en esta solicitud.

BENEFICIARIOS	
Persona o entidad autorizada por parte del Asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.	
- Para el amparo Desempleo e Incapacidad Total Temporal: BANCO DE BOGOTÁ S.A.	
- Para el amparo de Enfermedades Graves: El asegurado.	

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"/> O
Nacionalidad	Lugar de Nacimiento
Dirección de Residencia	Ciudad
País de Residencia	Departamento
Teléfono	E-mail

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 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 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:	29/12/2023-1325-P-24-0006220012700000-0R00		
Código de Nota Técnica	01/09/2018-1325-NT-P-24-G-P- BSDEAV-2017-R		
PLAN 1	DESEMPLEO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
Valor Asegurado	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 cuota mensual del crédito.	Pago de (6) cuotas de hasta \$4.000.000 cada una, limitadas al valor de la cuota mensual del crédito.
Número de eventos a indemnizar por cobertura	ILIMITADO en la vigencia del seguro		Se reconoce un evento por el primer diagnóstico por cada una de las Enfermedades Graves cubiertas, durante la vigencia del seguro.
Período activo mínimo "Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización"	6 meses	No se establece período activo mínimo	
Período de Carencia "Período de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización"	60 días		90 días
Edad mínima ingreso	18 años		
Edad máxima ingreso	69 años + 364 días		

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

Tasa antes de IVA	7,250%	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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 con IVA. 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 al resultado de multiplicar la cuota mensual del crédito por la tasa del seguro con IVA. 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. 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. 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: <ol style="list-style-type: none"> Continuar con el seguro hasta la fecha de vencimiento original del crédito, pasando de ser un seguro de protección del crédito a ser un seguro de protección individual, donde el reconocimiento y pago de la indemnización se realizará directamente al asegurado. 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). <p>Nota: Cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.</p>
IVA 19%	1,378%	
Tasa después de IVA	8,628%	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA 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.

ASEGURADO

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar el pago de la prima del seguro.
2. Mora en el pago de la prima.
3. 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".
4. Revocación unilateral para amparos diferentes a vida, 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.
5. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
6. 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/seguro622>. 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 de vida, salud, 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 padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Cáncer, Infarto del Miocardio, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple y no me han practicado Cirugía de Bypass Coronario ni Trasplantes de Órganos Mayores (corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas). Si su estado de salud no corresponde a lo descrito anteriormente, indique la enfermedad que ha padecido. Tipo de enfermedad:

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 individual de seguro
- d. 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 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	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 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/seguo622> y/o código QR señalado en la presente solicitud 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

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

No de Documento:

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