

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
SEGURO DE VIDA ALTO VALOR - LIBRE DESTINO Y SUSTITUCIÓN DE PASIVOS
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO**

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y Apellidos

Tipo de Identificación C.C. C.E. P.S. Fecha de Nacimiento D D M M AA AA Sexo M F

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. VGD 0003579 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 de documento de identidad del cliente + número del crédito.

DATOS DEL BENEFICIARIO(S)

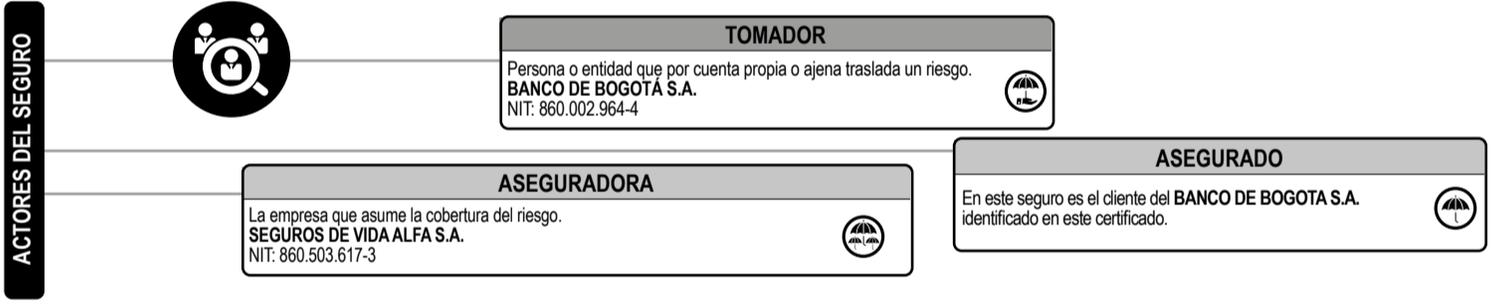
NOTA: Si usted desea designar sus beneficiarios por favor diligencie este espacio, de lo contrario los beneficiarios serán los de ley.

NOMBRES	APELLIDOS	NO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	% DE PARTICIPACIÓN (*)

(*) La suma de los porcentajes de participación de todos los beneficiarios deberá corresponder al 100%.

BENEFICIARIOS

Persona o entidad autorizada por parte del asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.
*** Para la cobertura de Muerte por cualquier causa y Muerte accidental:** Los beneficiarios designados o en su defecto los de ley.
*** Para la cobertura de Auxilio por muerte con destinación específica:** En caso de muerte del cónyuge el beneficiario de esta cobertura será el asegurado.
 En caso de fallecimiento del asegurado y de no ser posible la destinación específica de la indemnización para el pago de los gastos funerarios básicos, los beneficiarios serán los designados o en su defecto los de ley.



INTERÉS ASEGURABLE

INTERÉS ASEGURABLE	Coberturas que aplican		
	PÓLIZA DE VIDA ALTO VALOR - LIBRE DESTINO Y SUSTITUCIÓN DE PASIVOS	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	MUERTE ACCIDENTAL
<input type="checkbox"/> 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.	✓		
<input type="checkbox"/> 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 a causa de un accidente y existan terceras personas con la calidad de beneficiarios designados o de ley.		✓	
<input type="checkbox"/> En esta cobertura el interés asegurable lo tiene el asegurado en su propia vida y en su patrimonio. La indemnización tendrá destinación específica para pagar los gastos que se ocasionen en caso de fallecimiento del asegurado o de su cónyuge.			✓

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

Código de Condicionado	29/12/2023-1417-P-34-7036000357900000-0R00		
Código de Nota técnica	06/07/2023-1417-NT-P-34-VP-BSVGRA2023-1-0R00		
COBERTURAS	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	MUERTE ACCIDENTAL	AUXILIO DE MUERTE CON DESTINACIÓN ESPECÍFICA (TITULAR + CÓNYUGE)
DESCRIPCIÓN	\$ 50.000.000	\$ 50.000.000	\$ 5.000.000 c/u
Valor asegurado y límite de cobertura			
Número de eventos a indemnizar por cobertura	Único Evento		
Período de carencia Período de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización.	No establece periodo de carencia.		
Edad mínima de ingreso	18 años		
Edad máxima de ingreso	69 años + 364 días		

Desde el primer día de vigencia : se encuentra cubierta la muerte ocurrida por accidente dentro de la vigencia de la póliza

Desde el día 46: se encuentra cubierta la muerte por enfermedades excepto las consideradas como graves (Cáncer, infarto agudo al miocardio, cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardiaca, accidentes cerebrovasculares isquémico y/o hemorrágico, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, trasplante de órganos mayores).

Desde el día 91: se encuentra cubierta la muerte por SIDA y enfermedades consideradas como graves (Cáncer, infarto agudo al miocardio, cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardiaca, accidentes cerebrovasculares isquémico y/o hemorrágico, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, trasplante de órganos mayores).

Desde el día 365: Se encuentra cubierta la muerte por suicidio.

Como asegurado de SEGUROS DE VIDA 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena - CDF - 1941 V2 MOD 07/12/2023

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.

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO

VALOR PRIMA	
SIN IVA	\$45.000 por plazo
IVA	\$ 0
CON IVA	\$45.000 por plazo

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 prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor fijo mensual por la duración del crédito. 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. El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por **BANCO BOGOTÁ S.A.** y será asumido por el asegurado dentro de su plan de pagos o extracto que le suministre la entidad para tal fin.
 5. 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.

DECLARACIONES

1. Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 años y 364 días. Asimismo, declaro que la edad de mi cónyuge se encuentra en el rango descrito en este certificado individual de seguro.
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/seguro7036>. 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.
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, en caso de mi fallecimiento, para la cobertura de auxilio de muerte con destinación específica, cualquier miembro de mi familia está autorizado para contratar, con cargo al valor asegurado del seguro de vida, los gastos funerarios básicos que se generen por el fallecimiento; y autorizo a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** a orientar el trámite correspondiente.

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 DE VIDA ALFA S.A.** su solicitud de revocación a través de los canales de atención expuestos en la sección "Atención al Consumidor Financiero".
2. 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. 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, 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 DE VIDA ALFA S.A.**
- 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. 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.
- g. Autorizo a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para que el valor asegurado de la cobertura auxilio de muerte con destinación específica, sea destinado para el pago de los gastos funerarios básicos generados por mi fallecimiento o de mi cónyuge.

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 DE VIDA 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/seguro7036> 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 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, o la URL, o en la página web de **SEGUROS ALFA S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**



No de Documento: _____
 Firma del Asegurado _____

Firma Autorizada SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
 NIT. 860.503.617-3

Firma Asesor de Ventas _____

Canal de ventas FMV <input type="checkbox"/> Digital Asistido <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