



seguros alfa s.a.

No. 0000001

SOLICITUD DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA LIBRE DESTINO PARA ASALARIADOS

PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

Esta solicitud de seguro hace parte de la póliza de seguro DES 0000140 en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS ALFA S.A.

NÚMERO DE SOLICITUD: Corresponderá al Número crédito + Número de Documento de Identidad del Cliente.

FECHA DE SOLICITUD 23 07 2019

INTERÉS ASEGURABLE



Coberturas que Aplican

DESEMPLEO
(Despido sin
justa causa)

INCAPACIDAD
TEMPORAL
(Igual o superior a 15 días)

ENFERMEDADES
GRAVES

Actividad económica:	Contrato a Término Fijo	Contrato a Término Indefinido	Prestación de Servicios	Contrato de obra o labor	Carrera Administrativa	Libre nombramiento o Remoción	Trabajadores oficiales	Provisionales
Aplica si es empleado a través de un contrato de trabajo a término Indefinido por más de 6 meses y es despedido sin justa causa, o 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.						✓	✓	✓
Aplica si usted está vinculado a una empresa bajo contrato de Obra o labor o prestación de servicios que hayan trabajado mínimo 12 meses consecutivos bajo este tipo de contrato.						✓	✓	✓
Aplica si usted tiene un cargo en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento y remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculadas por más de 12 meses consecutivos por el mismo empleador.						✓	✓	✓
Aplica si le es diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes siete (7) Enfermedades Graves Cáncer, Infarto del Miocardio, Cirugía de Bypass Coronario, Enfermedad Cerebro - Vascular, Insuficiencia Renal Crónica, Trasplante de Órganos Mayores, y Esclerosis Múltiple.						✓	✓	✓

IMPORTANTE



EN CASO QUE USTED CAMBIE SU ACTIVIDAD ECONÓMICA DE ASALARIADO A INDEPENDIENTE, LO INVITAMOS A CONOCER A TRAVÉS DEL SIGUIENTE CÓDIGO QR, LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL SEGURO DE CUOTA PROTEGIDA LIBRE DESTINO PARA INDEPENDIENTES QUE REEMPLAZARÁ EL PRODUCTO QUE USTED ESTÁ ADQUIRIENDO, ASÍ COMO EL PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL CAMBIO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA. PARA NOTIFICAR EL CAMBIO DE SU ACTIVIDAD ECONÓMICA COMUNIQUESE A LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN CADA CIUDAD O A NIVEL NACIONAL.



BOGOTÁ	CALI	MEDELLIN	BARRANQUILLA	BUCARAMANGA	A NIVEL NACIONAL
(1) 7455415	(2) 4850826	(4) 6040167	(5) 3851848	(7) 6971243	018000-960066

ACTORES DEL SEGURO



TOMADOR

Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.
BANCO DE BOGOTÁ S.A.,
NIT 860.002.964-4.



ASEGURADORA

Es la empresa que asume la cobertura del riesgo.
SEGUROS ALFA S.A.
NIT 860.031.979-8



ASEGURADO

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 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 el amparo de Enfermedades Graves e Incapacidad Temporal: **EL ASEGURADO**



DATOS DEL ASEGURADO



Nombres y Apellidos **Jorge Andres Atuesta Maestre**

Tipo de Identificación <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input checked="" type="checkbox"/> P.S.	No. de Identificación 1032393128	Fecha de Nacimiento 0 5 0 8 AA AA	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento Bogota
Nacionalidad Colombiano	Dirección de Residencia Carrera 36 # 17-333 Torre 1 Apartamento 504	Ciudad Bogota	Departamento Bogota	
País de Residencia Colombia	Teléfono 5647783	E-mail jatuest@bancodebogota.com.co		

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

DESCRIPCIÓN	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES
Valores Asegurados	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 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.
Periodo activo mínimo Período que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización.	6 meses		No se establece periodo activo mínimo
Periodo de carencia Período de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización	60 días		90 días
Edad mínima de ingreso	18 años		
Edad máxima de ingreso	69 años + 364 días		

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO



Tasa del Seguro antes de IVA	7,250%
IVA 19%	1,378%
Tasa después de IVA	8,628%

La vigencia y la prima del seguro serán únicas. La vigencia iniciará al momento del desembolso del crédito y terminará con el vencimiento del plazo inicialmente pactado o con el cumplimiento de cualquiera de las causales de terminación.

Importante: En caso de que el crédito contratado por el asegurado sea pagado a la entidad financiera en un tiempo inferior al inicialmente pactado, el asegurado tendrá la opción de: (I) Continuar con el seguro por el periodo inicialmente acordado (vigencia original del crédito), o (II) cancelar el seguro dado el pago total del crédito. En aquellas circunstancias en las que se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.

Forma de pago de la prima: 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 incluido IVA. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro. El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por **BANCO DE 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.

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.

TERMINACIÓN DEL SEGURO



El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Finalización del crédito.
3. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Si la terminación del seguro la realiza el Asegurado; deberá remitir una carta en este sentido a **SEGUROS ALFA S.A.**, en este caso aplicarán las siguientes reglas para la devolución de la prima no devengada, que es la que corresponde al tiempo comprendido entre la fecha de cancelación del seguro y la fecha de terminación acordada inicialmente:
I) Si se termina el seguro dentro de los primeros 60 días de vigencia, se le devolverá el 100% de la prima no devengada. II) Si se termina el seguro después de transcurridos 60 días de vigencia, se le devolverá el 95% de la prima no devengada. El 5% restante, corresponde a los gastos administrativos y de expedición de la póliza.
5. Si la terminación del seguro la realiza **SEGUROS ALFA S.A.** remitirá una carta dirigida a la última dirección informada por usted o a su correo electrónico, manifestándole que su seguro será terminado, en cuyo caso se realizará la devolución de la prima no devengada. Esta terminación se hará efectiva una vez hayan pasado diez (10) días calendario, contados desde el envío de la carta o del correo electrónico.
6. Muerte del asegurado.

DECLARACIONES



- Por medio de la presente declaración, manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre **SEGUROS ALFA S.A.** y **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**, conozco y acepto las condiciones del presente seguro.
- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 años y 364 días. Declaro que no he sido rechazado por ninguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud o enfermedades graves. Manifiesto que no tengo antecedentes penales, mis actividades económicas son legales y lícitas.
- Declaro que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada tendrá las consecuencias estipuladas 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, **SEGUROS ALFA S.A.** procederá con la cancelación unilateral del seguro y/o no otorgará la cobertura inicialmente contratada.
- 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:

Importante: La presente póliza hace parte de las condiciones generales depositadas en la Superfinanciera identificadas con el Código de Condicionado: 29/08/2018-1325-P-24-0006530014000000-0R00 y Código de Nota Técnica: 111017-1417-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2017-3 0R00.

AUTORIZACIONES



- a. Autorizo expresamente para los fines de la contratación del seguro a **SEGUROS ALFA S.A.**, y al Tomador para efectuar todo tratamiento de mi información personal, necesario para el cumplimiento de mis deberes legales y contractuales pudiendo, compartir información del asegurado con el Tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementada o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior. Autorizo transferir y transmitir mis datos personales con terceros a nivel Nacional e internacional. Esa transferencia o transmisión se presentará cuando sea necesaria en el presente seguro. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, siempre que los mismos resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro; conozco que la revelación de estos datos sensibles es facultativa. Conozco que me asisten los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y las normas que regulan la materia.
- b. Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** Para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.
- c. Acepto las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud 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 del crédito desembolsado. 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 realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.
- f. Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** para que en calidad de beneficiario efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.
- g. Autorizo a que mi información relacionada con el sarlaft y que repose en el formulario y documentos suministrados al **BANCO DE BOGOTÁ S.A.** pueda ser compartida por dicha entidad con **SEGUROS ALFA S.A.** para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página web www.segurossalfa.com.co enlace "Protección de datos personales".

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO



Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales, queja o reclamo por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional.

	BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN	BARRANQUILLA	BUCARAMANGA	A NIVEL NACIONAL
	(1) 7455415	(2) 4850826	(4) 6040167	(5) 3851848	(7) 6971243	018000-960066
Para la radicación de siniestros usted podrá: (i) ingresar a través de la página web y/o link que se indica a continuación: https://aseguradosbancodebogota.segurossalfa.com.co , en este link se deberá diligenciar y adjuntar los documentos requeridos; o (ii) remitir la documentación completa al correo electrónico siniestros@bancodebogota.com.co. En este caso deberá anexar el formato de declaración de siniestros, el cual podrá descargar del link: https://www.segurossalfa.com.co/Información-de-productos/Bancaseguros/Banco-de-Bogotá						
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 018000-960066						
Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Jose Fernando Zarta, Av. Calle 24A No. 59 - 42 Torre 4 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono 7435333 Ext 14454. Email: defensordelconsumidorfinanciero@segurossalfa.com.co						

CONDICIONES DEL SEGURO



La información suministrada, así como la descripción detallada de las coberturas, exclusiones y demás características de este seguro, están disponibles en el Condicionado al que puede acceder por medio de los siguientes canales:

- Línea de atención al cliente de **SEGUROS ALFA S.A.** en cada ciudad o a nivel nacional 018000960066
- 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: <https://condicionadosweb.segurossalfa.com.co:9443/65024201709> y/o código QR señalado en la presente solicitud de seguro a través de cualquier dispositivo móvil.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AL CLIENTE



Declaro que antes de aceptar la suscripción de este seguro el asesor del Banco identificado en este documento, me informó que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explicó los siguientes aspectos relevantes del mismo: I) La importancia de declarar sinceramente mi estado de salud, la edad y las consecuencias de entregar información inexacta II) Las coberturas de la póliza, el valor asegurado por cada una de ellas, la vigencia del seguro y el precio que debo pagar por estar asegurado III) Amparos y exclusiones IV) Los canales y medios que puedo utilizar en caso de requerir información adicional del seguro o de requerir efectuar cualquier reclamación. V) Toda la información contenida en este documento, fue suministrada a título personal y estoy de acuerdo con todos los datos incluidos en la misma.



Huella Índice
Derecho

Firma del Asegurado
No de Documento: 1032393128

Firma Autorizada **SEGUROS ALFA S.A.**
Nit: 860.031.979-8

Canal de Ventas GNV <input checked="" type="checkbox"/> UNIDADES <input checked="" type="checkbox"/> OFICINA <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de la oficina OFICINA PRINCIPAL	Código de la Oficina 00000	Nombre del Comercial Npmbre del vendedor
Cédula del Comercial 1098468987	Valor del Crédito inicialmente Solicitado 2500000	Valor prima Única 500000	Valor Crédito con Seguro 3000000