

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA ASALARIADOS CREDISERVICE
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPEÑO**



Este certificado de seguro hace parte de la póliza de seguro No. DES 137 en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS ALFA S.A.

No. **0000001**

NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponderá al número del crédito + mes.

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE	Coberturas que aplican		
	DESEMPEÑO	INCAPACIDAD TEMPORAL (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES
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.	✓		
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.		✓	
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 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 las coberturas de desempleo, incapacidad temporal y enfermedades graves: En los casos en que el crédito esté vigente, el beneficiario será el BANCO DE BOGOTÁ S.A. En caso contrario el beneficiario será el asegurado .	

DATOS DEL ASEGURADO	
Nombres y Apellidos	
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> O.P.S.	No. de Identificación
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento	
Nacionalidad	Dirección de Residencia
País de Residencia	Ciudad
Departamento	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	01/12/2022-1325-P-24-0006470013700000-0R00		
Código de Nota Técnica	111017-1417-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2017-3 0R00		
Coberturas	DESEMPEÑO 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 Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización.	6 meses	No se establece periodo activo mínimo	
Periodo de carencia Periodo 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		
Edad máxima de permanencia	Duración del crédito		

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO	
VALOR DE LA PRIMA	1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán mensuales. 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 renovación de la póliza es automática y la vigencia de cada renovación será igual a la inicialmente contratada, la cual está indicada expresamente en la carátula de la póliza y/o certificado individual, sin perjuicio que en cualquier momento y/o antes de su vencimiento, el asegurado a su voluntad manifieste su intención de no renovarla y/o ejercer la facultad de la revocación que tiene el cliente en cualquier momento. En todo caso, si se presenta una modificación en las condiciones de la póliza, SEGUROS ALFA S.A. notificará al asegurado de manera previa, oportuna y completa, con el objetivo que éste pueda evaluar la información suministrada y escoger libremente si desea continuar con la misma o hacer uso de la facultad de revocación que tiene el cliente en cada momento y de la libertad de elección de sus contrapartes. 4. La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito por la tasa de seguro con IVA. El recaudo de la misma se efectuará con frecuencia mensual y el cliente lo verá reflejado en su extracto del producto financiero emitido por el BANCO DE BOGOTÁ S.A. 5. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro, para efectuar el pago de la prima. 6. El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por BANCO DE BOGOTÁ S.A., y será asumido por el asegurado dentro del extracto que le suministre la entidad para tal fin 7. La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o por cualquiera de las causales de terminación del seguro. Nota: Cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.
Tasa del seguro antes de IVA	5.200%
IVA	0.988 %
Tasa del seguro, incluido IVA	6.188 %

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.

ASEGURADO

SS-U064724HLL-202211V6

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

cadena - CDF - 640 V6-2.1 2004 311 MOD 18/11/2022

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

- Mora en el pago de la prima.
- 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".
- 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.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
- Muerte del asegurado.
- La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o por cualquiera de las causales de terminación del seguro.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada después de realizada la solicitud de revocación.

DECLARACIONES

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 años y 364 días.
- 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/Seguro647>. 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.
- Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro con cobertura de enfermedades graves.
- 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.
- 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 cardíacas, infarto al miocardio, enfermedad cerebral, parálisis y/o hipertensión arterial, alcoholismo o adicción a las drogas.

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.segurossalfa.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 la renovación automática de la vigencia del seguro en los términos y condiciones establecidos en el numeral 3 del acápite vigencia y prima del seguro.
- e. Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la cuota mensual del crédito. 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.**
- 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. 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.
- h. Autorizo a que en el evento de revocación unilateral, la cancelación se haga efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada y recaudada después de realizada la solicitud de revocación.

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	BUARAMANGA	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.					
	Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Jose Fernando Zarta, Av. Calle 24A No. 59 -42 Torre 4 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono 60(1) 7435333 Ext 14454. E-mail: defensordelconsumidorfinanciero@segurossalfa.com.co					

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:

- 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/Seguro647> y/o código QR señalado en el presente certificado individual 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

No de Documento:

Firma del Asegurado

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

Canal de Ventas GNV <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/>	Nombre de la oficina	Código de la Oficina	Nombre del Comercial	Cédula del Comercial
--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
CUOTA PROTEGIDA ASALARIADOS CREDISERVICE
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPEÑO**



Este certificado de seguro hace parte de la póliza de seguro No. DES 137 en la cual consta el contrato de seguro celebrado entre el BANCO DE BOGOTÁ S.A. y SEGUROS ALFA S.A.

No. **0000001**

NÚMERO DE CERTIFICADO: Corresponderá al número del crédito + mes.

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE	Coberturas que aplican		
	DESEMPEÑO	INCAPACIDAD TEMPORAL (Igual o superior a 15 días)	ENFERMEDADES GRAVES
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.	✓		
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.		✓	
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 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 las coberturas de desempleo, incapacidad temporal y enfermedades graves: En los casos en que el crédito esté vigente, el beneficiario será el BANCO DE BOGOTÁ S.A. En caso contrario el beneficiario será el asegurado.	

DATOS DEL ASEGURADO	
Nombres y Apellidos	
Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> O.P.S.	No. de Identificación
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento	
Nacionalidad	Dirección de Residencia
País de Residencia	Ciudad
Departamento	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	01/12/2022-1325-P-24-0006470013700000-0R00		
Código de Nota Técnica	111017-1417-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2017-3 0R00		
Coberturas	DESEMPEÑO 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 Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización.	6 meses	No se establece periodo activo mínimo	
Periodo de carencia Periodo 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		
Edad máxima de permanencia	Duración del crédito		

VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO	
VALOR DE LA PRIMA	
Tasa del seguro antes de IVA	5.200%
IVA	0.988 %
Tasa del seguro, incluido IVA	6.188 %

- La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán mensuales.
- 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 renovación de la póliza es automática y la vigencia de cada renovación será igual a la inicialmente contratada, la cual está indicada expresamente en la carátula de la póliza y/o certificado individual, sin perjuicio que en cualquier momento y/o antes de su vencimiento, el asegurado a su voluntad manifieste su intención de no renovarla y/o ejercer la facultad de la revocación que tiene el cliente en cualquier momento. En todo caso, si se presenta una modificación en las condiciones de la póliza, **SEGUROS ALFA S.A.** notificará al asegurado de manera previa, oportuna y completa, con el objetivo que éste pueda evaluar la información suministrada y escoger libremente si desea continuar con la misma o hacer uso de la facultad de revocación que tiene el cliente en cada momento y de la libertad de elección de sus contrapartes.
- La prima corresponderá al resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito por la tasa de seguro con IVA. El recaudo de la misma se efectuará con frecuencia mensual y el cliente lo verá reflejado en su extracto del producto financiero emitido por el **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**
- El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro, para efectuar el pago de la prima.
- El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**, y será asumido por el asegurado dentro del extracto que le suministre la entidad para tal fin
- La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o por cualquiera de las causales de terminación del seguro.

Nota: Cuando se presenten modificaciones de plazo y monto del crédito original, la prima y la vigencia del seguro no se verán afectadas.

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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

- Mora en el pago de la prima.
- 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".
- 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.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
- Muerte del asegurado.
- La vigencia del seguro terminará cuando se realice la cancelación total del crédito o por cualquiera de las causales de terminación del seguro.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada después de realizada la solicitud de revocación.

DECLARACIONES

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 años y 364 días.
- 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/Seguro647>. 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.
- Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro con cobertura de enfermedades graves.
- 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 retención, 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 retención, 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.
- 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 cardíacas, infarto al miocardio, enfermedad cerebral, parálisis y/o hipertensión arterial, alcoholismo o adicción a las drogas.

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.segurossalfa.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 la renovación automática de la vigencia del seguro en los términos y condiciones establecidos en el numeral 3 del acápite vigencia y prima del seguro.
- e. Autorizo al **BANCO DE BOGOTÁ** a efectuar el recaudo de la prima de seguro, la cual se encontrará incluida en la cuota mensual del crédito. 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.**
- 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. 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.
- h. Autorizo a que en el evento de revocación unilateral, la cancelación se haga efectiva a partir de la fecha de finalización de la última vigencia causada y recaudada después de realizada la solicitud de revocación.

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	BUARAMANGA	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.					
	Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Jose Fernando Zarta, Av. Calle 24A No. 59 -42 Torre 4 Piso 4 Bogotá D.C. Teléfono 60(1) 7435333 Ext 14454. E-mail: defensordelconsumidorfinanciero@segurossalfa.com.co					

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:

- 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/Seguro647> y/o código QR señalado en el presente certificado individual 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

No de Documento:

Firma del Asegurado

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

Canal de Ventas GNV <input type="checkbox"/> UNIDADES <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/>	Nombre de la oficina	Código de la Oficina	Nombre del Comercial	Cédula del Comercial
--	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------