

PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO CUOTA PROTEGIDA ASALARIADOS

CONDICIONES BANCO DE BOGOTÁ

Señor asegurado, SEGUROS ALFA S.A., lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió. Esta póliza se compone de las presentes Condiciones y la Solicitud de Seguro.

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ART. 184 DEL EOSF Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, CADA UNA DE LAS EXCLUSIONES SERÁN ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

1. COBERTURAS

1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado, cuando pierda su trabajo y se encuentre en alguna de las situaciones descritas a continuación:

- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término Indefinido por más de 6 meses y es despedido sin justa causa.
- 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.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor por más de 12 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el empleador.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios por más de 12 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el contratante.
- Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculados por más de 12 meses consecutivos con el mismo empleador, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo.

IMPORTANTE

- Únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 61 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- En los contratos a término fijo e Indefinido se requiere el reconocimiento de una indemnización o bonificación al momento de la terminación.
- Se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos del mismo tipo, siempre y cuando éste periodo no supere treinta (30) días calendario, excepto para el caso de los docentes del sector privado para quienes este periodo podrá ser de sesenta (60) días calendario.

¿Qué NO me cubre?

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|
| 1 | Renuncia | 2 | Despido con justa causa |
| 3 | Suspensión del contrato de trabajo | 4 | Miembros de las Fuerzas Miliars y de Policía Nacional |

1.2. INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EMPLEADOS

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado, si es incapacitado(a) temporalmente.

Tenga en cuenta que las licencias de maternidad y paternidad no serán cubiertas, toda vez que estas no se consideran como incapacidad.

El pago del valor asegurado se realizará a partir del día 15 de incapacidad, de acuerdo con la siguiente tabla:

DÍAS DE INCAPACIDAD CONSECUTIVOS CERTIFICADOS	NUMERO DE CUOTAS A ABONAR
15-44	1
45-74	2
75-104	3
105-134	4
135-164	5
Más de 164	6

IMPORTANTE

- Únicamente se cubre las incapacidades que ocurra a partir del día 61 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- La certificación de la incapacidad debe ser emitida por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada o Póliza de Salud.
- Si dentro de los siguientes 60 días de su incapacidad sufre una Recaída y tiene una nueva incapacidad; ésta se sumará a la anterior para determinar el pago de las cuotas de acuerdo con la tabla mencionada.

¿Qué NO me cubre?

1 Incapacidad generada por estrés, ansiedad o depresión

2 Miembros de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional

1.3. ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado, si le es diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes siete (7) Enfermedades Graves:

1.3.1. Cáncer

¿Qué me cubre? El primer diagnóstico de cáncer maligno independiente de su localización o etapa.

¿Qué NO me cubre?

1 Si ha sido diagnosticado de cáncer maligno antes de ingresar al seguro

2 Cánceres o tumores diagnosticados como benignos, pre malignos

3 Cáncer de piel no Melanoma

4 Policitemia, Trombocitemia Rubra Vera

1.2. INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EMPLEADOS

1.3.2. Infarto Agudo del Miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón

1.3.3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardíaca

1.3.4. Accidente Cerebrovascular Isquémico y/o Hemorrágico

1.3.5. Insuficiencia Renal Crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal

1.3.6. Esclerosis Múltiple

1.3.7. Trasplante de Órganos Mayores

¿Qué me cubre? El trasplante de un órgano vital completo que usted se realice dentro de la vigencia de la póliza de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

IMPORTANTE

- Únicamente se cubren diagnósticos a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Las Enfermedades Graves y/o procedimientos deben ser diagnosticados y/o certificados por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada, Póliza de Salud, lo cuál podrá ser probado con la historia clínica y soporte del diagnóstico.

2. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación a usted le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá presentar la Fotocopia del documento de identidad del asegurado, el Formato de Declaración de Siniestros y los documentos mencionados a continuación u otro que usted considere pertinente. Por favor tenga en cuenta los documentos que aplican al tipo de cobertura.

DESEMPLEO	INCAPACIDAD TEMPORAL	ENFERMEDADES GRAVES
Documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, en la que se especifique la siguiente información: (i) tipo de contrato, (ii) causal de terminación (iii) fecha de inicio y terminación del contrato. (iv) Soporte de indemnización o bonificación para contratos fijos e indefinidos. (v) Para contratos de obra labor, prestación de servicios, carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y contratos en provisionalidad, certificación de continuidad laboral mínima de 12 meses.	Certificados que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes y donde consten las causas que dieron origen a la incapacidad, emitidos por las entidades o médicos mencionados. Los certificados o exámenes informales no serán considerados.	Historia clínica y en caso de cáncer los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.

IMPORTANTE

SEGUROS ALFA S.A. podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación, la definición se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.

3. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

Cuando el asegurado cuente con los documentos para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por el siguiente medio:

- A través del correo electrónico siniestros@bancodebogota.com.co
- A través de las oficinas del Banco de Bogotá
- A través de la página web <https://aseguradosbancodebogota.segurosalfa.com.co>,
- A través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 31251044890, o
- A través de las líneas de servicio al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional.

Una vez enviada la documentación completa SegurosAlfa S.A. procederá a resolver la reclamación.

4. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, por favor preste atención a las siguientes definiciones:

ASEGURADO	Es la persona titular del producto financiero.
BENEFICIARIO	<p>Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para la cobertura de Desempleo: En los casos en los que NO se efectúen pagos anticipados totales del crédito, y mientras el crédito continúe vigente, el beneficiario será EL BANCO DE BOGOTÁ S.A. En los casos en los que SI se efectúen pagos anticipados totales del crédito, y por ende dicho crédito NO continúe vigente, el beneficiario será EL ASEGURADO. ▪ Para las coberturas de Incapacidad Temporal y Enfermedades Graves: El asegurado.
CÁNCER	Crecimiento celular anormal y descontrolado de células con invasión de tejidos vecinos o a distancia a través de metástasis. Este crecimiento anormal afecta tanto la función como la estructura de las células.
EDAD MÍNIMA DE INGRESO	18 años
EDAD MÁXIMA DE INGRESO	69 años + 364 días
EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA	Hasta el vencimiento del plazo del crédito Máximo 79 años +364 días
EMPLEO	Situaciones de contratación para el trabajo previstas en este documento.
INCAPACIDAD TEMPORAL	Incapacidad generada por Accidente y/o Enfermedad.
PRIMA	Es el precio del seguro.
¿QUÉ NO ME CUBRE?	Son las exclusiones de la póliza
RECAÍDA	Reaparición de una enfermedad
SINIESTRO	Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA	Terminación del contrato de trabajo de acuerdo con las causales del artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo.
TOMADOR	Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.
VALOR ASEGURADO	Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro



SEGUROS ALFA S.A.

ASEGURADOR: SEGUROS ALFA S.A.
SEGUROS ALFA S.A. SE COMPLACE EN TENERLO A USTED COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA SATISFECHO CON LOS AMPAROS OFRECIDOS EN ESTE SEGURO.

En todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el Código de Comercio.

Código de Condicionado: 01/12/2022-1325-P-24-0006620014300000-0R00

Nota Técnica: 010218-1417-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2018-1 0R00