

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**  
**CUOTA PROTEGIDA ASALARIADOS LIBRE DESTINO**  
 PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO

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.

No. 0000001

FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE						Coberturas que Aplican		
						DESEMPLEO (Despido sin justa causa)	INCAPACIDAD TOTAL 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 COMUNÍQUESE A LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN CADA CIUDAD O A NIVEL NACIONAL.



<b>BOGOTÁ</b> (1) 7455415	<b>CALI</b> (2) 4850826	<b>MEDELLÍN</b> (4) 6040167	<b>BARRANQUILLA</b> (5) 3851848	<b>BUCARAMANGA</b> (7) 6971243	<b>A NIVEL NACIONAL</b> 018000-960066
------------------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--

**ACTORES DEL SEGURO**

<b>TOMADOR</b> Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. <b>BANCO DE BOGOTÁ S.A.</b> , NIT 860.002.964-4.	<b>ASEGURADORA</b> Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. <b>SEGUROS ALFA S.A.</b> NIT 860.031.979-8.	<b>ASEGURADO</b> En este seguro es el cliente de <b>BANCO DE BOGOTÁ S.A.</b> 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 Total Temporal: **EL ASEGURADO**

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombres y Apellidos

C.C.    C.E.    P.S.   No. de Identificación   Fecha de Nacimiento   Sexo  M  F    Lugar de Nacimiento

Nacionalidad   Dirección de Residencia   Ciudad   Departamento

País de Residencia   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:	08/06/2021-1325-P-24-0006530014000000-0R00		
Código de Nota Técnica:	111017-1417-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2017-3 0R00		
DESCRIPCIÓN	<b>DESEMPLEO INVOLUNTARIO</b>	<b>INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL</b>	<b>ENFERMEDADES GRAVES</b>
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		
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		

**VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO**

Tasa del Seguro antes de IVA	7,250%	1. La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán Únicas. 2. La vigencia del seguro iniciará al momento del desembolso del crédito por parte del Banco; 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 de la cuota mensual del crédito por la duración del crédito y la tasa de seguro con IVA. 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 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.
IVA 19%	1,378%	
Tasa después de IVA	8,628%	

**ASEGURADO**

**VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO**

5. 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:

- 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).

**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 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.**

**CAUSALES DE TERMINACIÓN DE SEGURO**

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

- Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar el pago de la prima del seguro.
- 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 del envío.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
- 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.

**DECLARACIONES**

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 años y 364 días.
- Manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro voluntario, firmado entre **SEGUROS ALFA S.A.** y **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**, conozco, cumplo y acepto las condiciones del presente seguro.
- Manifiesto expresamente que me han explicado el detalle de las coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en la ruta <http://bseg.co/seguro653>
- Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro de vida, salud, o enfermedades graves.
- 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 generará la nulidad relativa del seguro.
- Manifiesto que mis actividades económicas son legales y lícitas.
- 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**

- Autorizo a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para hacer Tratamiento de mis datos, para fines legales, contractuales, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro, PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, Transferir y/o Transmitir mis datos personales a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, incluyendo mensajes de datos, con el tomador de la póliza, sus aliados estratégicos, terceros tales como, proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante, o accionistas. Se 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. Declaro que la información vinculada con 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.
- 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.**
- 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.
- 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.
- Autorizo que, cuando haya devolución de prima no devengada, éste valor sea abonado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo, en caso de rechazo se abonará a un producto vigente en la entidad financiera.

Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página Web [www.segurossalfa.com.co](http://www.segurossalfa.com.co) enlace "Política de datos".

**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 radicar o conocer el estado de un siniestro, escríbanos a la línea de atención de WhatsApp 3125104890.

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](mailto: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](mailto: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: <http://bseg.co/seguro653> 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 me fue explicado que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explicaron 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. Declaro haber sido informado y haber leído y conocido en su totalidad los textos de autorización contenidos en el acápite de "Autorizaciones" del presente documento.

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 ASALARIADOS LIBRE DESTINO  
PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO**

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.

No. **0000001**

**FECHA DE SOLICITUD** DD MM AAAA

INTERÉS ASEGURABLE						Coberturas que Aplican		
						DESEMPLEO (Despido sin justa causa)	INCAPACIDAD TOTAL 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 COMUNÍQUESE A LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN CADA CIUDAD O A NIVEL NACIONAL.



<b>BOGOTÁ</b> (1) 7455415	<b>CALI</b> (2) 4850826	<b>MEDELLÍN</b> (4) 6040167	<b>BARRANQUILLA</b> (5) 3851848	<b>BUCARAMANGA</b> (7) 6971243	<b>A NIVEL NACIONAL</b> 018000-960066
------------------------------	----------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--

**ACTORES DEL SEGURO**

<b>TOMADOR</b> Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. <b>BANCO DE BOGOTÁ S.A.</b> , NIT 860.002.964-4.	<b>ASEGURADORA</b> Es la empresa que asume la cobertura del riesgo. <b>SEGUROS ALFA S.A.</b> NIT 860.031.979-8.	<b>ASEGURADO</b> En este seguro es el cliente de <b>BANCO DE BOGOTÁ S.A.</b> 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 Total Temporal: **EL ASEGURADO**

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombres y Apellidos

Tipo de Identificación  C.C.  C.E.  P.S. No. de Identificación Fecha de Nacimiento  M  F  Sexo  M  F  Lugar de Nacimiento

Nacionalidad Dirección de Residencia Ciudad Departamento

País de Residencia 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**

<b>Código de Condicionado:</b>	08/06/2021-1325-P-24-0006530014000000-0R00		
<b>Código de Nota Técnica:</b>	111017-1417-NT-P-24- G-P- BSDEAV-2017-3 0R00		
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>DESEMPLEO INVOLUNTARIO</b>	<b>INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL</b>	<b>ENFERMEDADES GRAVES</b>
<b>Valores Asegurados</b>	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.
<b>Número de eventos a indemnizar por cobertura</b>	ILIMITADO en la vigencia del seguro		
<b>Periodo activo mínimo</b> Periodo que se debe esperar para presentar una nueva reclamación de indemnización.	6 meses	No se establece periodo activo mínimo	
<b>Periodo de carencia</b> Periodo de permanencia mínimo en la póliza para presentar la primera reclamación de indemnización	60 días	90 días	
<b>Edad mínima de ingreso</b>	18 años		
<b>Edad máxima de ingreso</b>	69 años + 364 días		

**VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO**

<b>Tasa del Seguro antes de IVA</b>	7,250%	<b>1.</b> La vigencia y el recaudo de la prima del seguro serán Únicas. <b>2.</b> La vigencia del seguro iniciará al momento del desembolso del crédito por parte del Banco; en caso de que el crédito no sea desembolsado el seguro no entrará en vigencia. <b>3.</b> 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 con IVA. 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. <b>4.</b> 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.
<b>IVA 19%</b>	1,378%	
<b>Tasa después de IVA</b>	8,628%	

**VIGENCIA Y PRIMA DEL SEGURO**

5. 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:

- 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).

**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 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.**

**CAUSALES DE TERMINACIÓN DE SEGURO**

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

- Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar el pago de la prima del seguro.
- 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 del envío.
- Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
- 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.

**DECLARACIONES**

- Declaro que soy mayor de 18 años y menor de 69 años y 364 días.
- Manifiesto expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro voluntario, firmado entre **SEGUROS ALFA S.A.** y **BANCO DE BOGOTÁ S.A.**, conozco, cumplo y acepto las condiciones del presente seguro.
- Manifiesto expresamente que me han explicado el detalle de las coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas en la ruta <http://bseg.co/seguro653>
- Declaro que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguro de vida, salud, o enfermedades graves.
- 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 generará la nulidad relativa del seguro.
- Manifiesto que mis actividades económicas son legales y lícitas.
- 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 a **SEGUROS ALFA S.A.** y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para hacer Tratamiento de mis datos, para fines legales, contractuales, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro, PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, Transferir y/o Transmitir mis datos personales a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, incluyendo mensajes de datos, con el tomador de la póliza, sus aliados estratégicos, terceros tales como, proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante, o accionistas. Se 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. Declaro que la información vinculada con 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.

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 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.

Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página Web [www.segurossalfa.com.co](http://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

**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.

	<b>BOGOTÁ</b>	<b>CALI</b>	<b>MEDELLÍN</b>	<b>BARRANQUILLA</b>	<b>BUCARAMANGA</b>	<b>A NIVEL NACIONAL</b>
	(1) 7455415	(2) 4850826	(4) 6040167	(5) 3851848	(7) 6971243	018000-960066

Para radicar o conocer el estado de un siniestro, escríbanos a la línea de atención de WhatsApp 3125104890.

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](mailto: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](mailto: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: <http://bseg.co/seguro653> 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 me fue explicado que las condiciones del producto se encuentran disponibles mediante consulta del código QR o la URL y me explicaron 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. Declaro haber sido informado y haber leído y conocido en su totalidad los textos de autorización contenidos en el acápite de "Autorizaciones" del presente documento.

Huella Índice Derecho: \_\_\_\_\_ 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 o firma del comercial
código o identificación del comercial	Valor del Crédito inicialmente Solicitado	Valor prima Única	Valor Crédito con Seguro