

Bogotá D.C., septiembre de 2024.

**Señores**

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA  
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES**

**E. S. D.**

**Demandante:** LUZ MARY RODRIGUEZ ORTIZ  
**Demandado:** SEGUROS ALFA S.A Y OTROS  
**Expediente:** 2024-14382  
**N° de Radicación:** 2024095065-003-000  
**Asunto:** CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA- ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

**JUAN FERNANDO PARRA ROLDÁN**, mayor de edad, con residencia y domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 79.690.071 expedida en Bogotá D.C. abogado titulado e inscrito con tarjeta profesional No. 121.053 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado judicial de **SEGUROS ALFA S.A**, de conformidad con el poder que se adjunta, comedidamente me dirijo a su Despacho con el fin de **CONTESTAR LA DEMANDA** en el presente caso, de la siguiente forma:

#### **I. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones que la demandante aduce en este proceso, y a que se realice en contra de **SEGUROS ALFA S.A** cualquier tipo de declaración o condena que pueda afectar sus intereses, por cuanto dichas pretensiones carecen de cualquier clase de respaldo fáctico y jurídico.

#### **II. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.**

**HECHO PRIMERO: NO ME CONSTA**, en la medida que es un hecho ajeno a mi mandante por lo que me abstengo a lo que resulte demostrado en el curso del

proceso.

**HECHO SEGUNDO: NO ME CONSTA,** en la medida que es un hecho ajeno a mi mandante por lo que me abstengo a lo que resulte demostrado en el curso del proceso.

**HECHO TERCERO: NO ME CONSTA,** en la medida que es un hecho ajeno a mi mandante por lo que me abstengo a lo que resulte demostrado en el curso del proceso.

**HECHO CUARTO: NO ME CONSTA,** en la medida que es un hecho ajeno a mi mandante por lo que me abstengo a lo que resulte demostrado en el curso del proceso.

**HECHO SEXTO:** -Atendiendo a la numeración de los hechos enunciados en la demanda, así mismo se contestará- **ES CIERTO,** la fecha de ingreso al seguro contratado fue en 2019 bajo la POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO N° GRD-460 con el Banco de Bogotá.

**HECHO SEPTIMO: NO ME CONSTA,** en la medida que es un hecho ajeno a mi mandante por lo que me abstengo a lo que resulte demostrado en el curso del proceso.

**HECHO OCTAVO: NO ES CIERTO,** en la medida que la póliza se encuentra vigente y la fecha del último pago de primas fue en julio de 2024 y se pone de presente al Despacho desde este momento que la demandante no formuló reclamación directa a mi mandante Seguros Alfa S.A para hacer efectiva la póliza.

**HECHO NOVENO: NO ME CONSTA,** en la medida que es un hecho ajeno a mi mandante por lo que me abstengo a lo que resulte demostrado en el curso del proceso.

## I. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

En lo correspondiente a la estimación de la indemnización realizada por el demandante en el proceso de la referencia, **ME OPONGO**, por las razones que a continuación me permito exponer.

Señala el apoderado de la parte demandante que aquella sufrió daños morales estimados en los siguientes valores exorbitantes, que suman un total de **cien salarios mínimos legales mensuales vigentes**, sin relacionar soporte probatorio ni fundamentar su apreciación subjetiva tal como se observa:

Daño moral (Angustia y Ansiedad) por el valor de 100 SMMLV debido al impacto negativo, que estas aseguradoras han generado en mi representada ante la negligencia de no cubrir la pólizas a que hubieran lugar.

En ese sentido y como se hace evidente, el demandante no cumplió a cabalidad con la carga procesal que tenía a su cargo, ya que de acuerdo con lo ordenado por el artículo 206 del C.G.P., se estipula lo siguiente:

**“Artículo 206. Juramento estimatorio.** Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo. Solo se considerará la objeción que especifique razonadamente la inexactitud que se le atribuya a la estimación.

(...)

Si la cantidad estimada excediere en el cincuenta por ciento (50%) la que resulte probada, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia.

(...)

También habrá lugar a la condena a que se refiere este artículo, en los eventos

en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los perjuicios.

En este evento la sanción equivaldrá al cinco (5) por ciento del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimadas.”

Así las cosas, se debía indicar de manera detallada la forma en la que se causa la estimación por estos conceptos, sin embargo, tan solo se limitó el demandante en afirmar que el monto de lo pretendido, sin soporte probatorio que resulte claro y pertinente.

Lo anterior, además de constituirse en una clara manifestación del incumplimiento de la carga procesal por parte del demandante, le impide al suscrito ejercer adecuadamente el derecho defensa, pues le imposibilita a esta parte procesal manifestarse de fondo sobre el efectivo pago de dichas sumas de dinero.

Al tenor de lo indicado, es evidente que lo requerido por la Corte Constitucional no es cumplido por la parte demandante en su escrito, situación que debe ser considerada por su despacho para requerirle y pedirle que reformule el juramento estimatorio.

Así las cosas, la consecuencia jurídica de la presente objeción al juramento se relaciona con la obligatoriedad de la demandante en probar el monto real de su perjuicio y por ello, el valor total del juramento estimatorio aducido.

## **II. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA**

### **1. NO AGOTAMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PROCEDIBILIDAD-RECLAMACIÓN DIRECTA**

Según el estatuto orgánico del consumidor- Ley 1480 de 2011- es un derecho de los consumidores presentar reclamaciones ante el productor o prestador de un servicio, tal como lo dispone el artículo 3 numeral 1.5:

1.5. Derecho a la reclamación: Reclamar directamente ante el productor, proveedor o prestador y obtener reparación integral, oportuna y adecuada de todos los daños sufridos, así como tener acceso a las autoridades judiciales o administrativas para el mismo propósito, en los términos de la presente ley. Las reclamaciones podrán efectuarse personalmente o mediante representante o apoderado.

Por tal motivo, el mismo estatuto dispone que en los procesos que traten sobre protección a los derechos de consumidores, se deben seguir ciertas reglas las cuales son taxativas y entre ellas se establece la reclamación directa como un requisito de procedibilidad, de esta forma:

**“Artículo 58. Procedimiento.** Los procesos que versen sobre violación a los derechos de los consumidores establecidos en normas generales o especiales en todos los sectores de la economía, a excepción de la responsabilidad por producto defectuoso y de las acciones de grupo o las populares, se tramitarán por el procedimiento verbal sumario, con observancia de las siguientes reglas especiales:

**5. A la demanda deberá acompañarse la reclamación directa hecha por el demandante al productor y/o proveedor, reclamación que podrá ser presentada por escrito, telefónica o verbalmente,** con observancia de las siguientes reglas:

a). Cuando la pretensión principal sea que se cumpla con la garantía, se repare el bien o servicio, se cambie por uno nuevo de similares características, se devuelva el dinero pagado o en los casos de prestación de servicios que suponen la entrega de un bien, cuando el bien sufra deterioro o pérdida, la reposición del mismo por uno de similares características o su equivalente en dinero, se deberá identificar el producto, la fecha de adquisición o prestación del servicio y las pruebas del defecto. Cuando la reclamación sea por protección contractual o por información o publicidad engañosa, deberá anexarse la prueba documental e

indicarse las razones de inconformidad.

b). La reclamación se entenderá presentada por escrito cuando se utilicen medios electrónicos. Quien disponga de la vía telefónica para recibir reclamaciones, deberá garantizar que queden grabadas. En caso de que la reclamación sea verbal, el productor o proveedor deberá expedir constancia escrita del recibo de la misma, con la fecha de presentación y el objeto de reclamo. El consumidor también podrá remitir la reclamación mediante correo con constancia de envío a la dirección del establecimiento de comercio donde adquirió el producto y/o a la dirección del productor del bien o servicio.

c). El productor o el proveedor deberá dar respuesta dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la recepción de la reclamación. La respuesta deberá contener todas las pruebas en que se basa. Cuando el proveedor y/o productor no hubiera expedido la constancia, o se haya negado a recibir la reclamación, el consumidor así lo declarará bajo juramento, con copia del envío por correo,

d). Las partes podrán practicar pruebas periciales anticipadas ante los peritos debidamente inscritos en el listado que para estos efectos organizará y reglamentará la Superintendencia de Industria y Comercio, los que deberán ser de las más altas calidades morales y profesionales. El dictamen, junto con la constancia de pago de los gastos y honorarios, se aportarán en la demanda o en la contestación. En estos casos, la Superintendencia de Industria y Comercio debe valorar el dictamen de acuerdo a las normas de la sana crítica, en conjunto con las demás pruebas que obren en el proceso y solo en caso de que carezca de firmeza y precisión podrá decretar uno nuevo. (...) (Subrayado y negrilla fuera del texto)”

De esta forma, es claro que el consumidor antes de acudir a las autoridades competentes, debe haber realizado una reclamación ante el productor y/o proveedor con el fin de hacer valer sus derechos o peticiones.

Para el caso en concreto, de la revisión de los documentos aportados con la demanda, se observa que no hay registros de que la señora Luz Dary Rodríguez haya presentado reclamación directa ante mi representada o las otras aseguradoras.

Sobre este tema se ha pronunciado la Corte Suprema de Justicia en la Sala de Casación Civil:

“Pero, cualquiera que sea la senda elegida por el consumidor, tendrá que acompañar a su demanda prueba de que efectuó la reclamación directa en tiempo, es decir, dentro del plazo de la garantía legal, que varía según se trate de afectaciones en los «acabados» y «líneas vitales» de la edificación (un año), o de la efectividad de la garantía de «estabilidad de la obra» (diez años). En caso contrario, las pretensiones de efectividad de la garantía no pueden salir adelante, bien porque la reclamación directa es requisito de procedibilidad de la acción judicial, o bien porque, fenecido el término de la garantía sin reclamaciones, opera la caducidad del derecho de hacer efectiva esa garantía.

Así lo decantó la Sala, en el citado fallo SC2850-2022:

*«Trasluce que la ausencia de reclamación, en la oportunidad debida, impide que el débito resarcitorio se configure, lo cual encuentra explicación en el hecho de que nadie puede estar obligado a cumplir una carga de la cual no tiene noticia y que no tuvo oportunidad de consentir u oponerse. De allí que la presentación de la reclamación directa sea una condición de la garantía legal, que "mientras no se cumpl[a], suspende la adquisición de un derecho" (artículo 1536 del Código Civil).*

*Regla similar se encuentra contenida en el artículo 932 del Código de Comercio, que regula la garantía de buen funcionamiento en las ventas comerciales, aunque con la precisión de que el término para hacer la reclamación es de treinta (30) días, vencido el cual «caduca» el derecho del comprador. Por tanto, «el comprador puede demandar la indemnización de perjuicios, siempre y cuando la señalada garantía la haya reclamado en la oportunidad legalmente establecida y durante la vigencia de la misma»*

*(negrilla fuera de texto, CSJ, SC2142, 18 jun. 2019, rad. 2014-00472-01).*

*En este último evento el derecho se somete a caducidad, lo que trasluce que su "consumación sin ejercerlo, como es lógico, comporta per se su extinción definitiva y comprende el de las acciones respectivas. Es decir, la extinción del derecho por caducidad extingue todas las acciones para hacerlo valer" (SC4958, 28 abr. 2015, rad. n.º 2002-00912-01)».*

Para finalizar, se reitera que la prueba de la pluricitada reclamación directa puede sustituirse por «un acta de audiencia de conciliación emitida por cualquier centro de conciliación legalmente establecido»; es decir, la constancia de haberse debatido sobre la efectividad de la garantía en el escenario autocompositivo de la conciliación, sin que se hubieran concertado las diferencias entre las partes (constancia de no acuerdo<sup>8</sup>), o sin que compareciera el obligado a responder por la garantía (constancia de inasistencia<sup>9</sup>), pueden hacer las veces de la referida reclamación directa.”<sup>1</sup>

De ser así, resulta indiscutible el hecho de que la demandante no agotó el requisito de procedibilidad que establece la ley 1840 de 2011, de efectuar una reclamación ante el prestador ANTES de acudir a la Superintendencia Financiera de Colombia.

En ese orden de ideas, le solicito al Despacho de manera respetuosa que se sirva negar las pretensiones de la demanda y de por terminado el presente litigio pues no se cumplieron los requisitos de procedibilidad antes de acceder a la autoridad competente como el efectuar una reclamación directa ante Seguros Alfa S.A y las otras compañías de seguros.

## **2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA.**

Un requisito imprescindible para la procedencia de la acción procesal y, para la

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC496-2023. MP. Luis Alfonso Rico Puerta. dieciséis (16) de enero de dos mil veinticuatro (2024).

prosperidad de las pretensiones de la demanda, consiste en que exista entre las partes legitimación en la causa, tanto por activa, como por pasiva.

El Consejo de estado ha tenido oportunidad de pronunciarse respecto de la falta de legitimación en la causa de la siguiente manera:

“Con relación con la naturaleza jurídica de la noción delegitimación en la causa, en sentido amplio, la jurisprudencia constitucional se ha referido a ella, como la "calidad subjetivareconocida a las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso", de forma tal, que cuando una de las partes carece de dicha calidad o condición, no puede el juez adoptar una decisión favorable a las pretensiones demandadas.

Entendido así el concepto de legitimación en la causa, es evidente que cuando ella falte, bien en el demandante o bien en el demandado, la sentencia no puede ser inhibitoria, sino desestimatoria de las pretensiones aducidas, pues querrá decir que quien las adujo o la persona contra las que se adujeron no eran las titulares del derecho o de la obligación correlativa alegada...

Ahora bien, también ha sostenido la Sala que la legitimación en la causa puede ser de hecho cuando la relación se establece entre las partes por razón de la pretensión procesal, es decir, de la atribución de una conducta que el demandante hace al demandado en su demanda, o material frente a la participación real de las personas en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que dichas personas hayan demandado o hayan sido demandadas, por lo cual la ausencia de esta clase de legitimación, no constituye una excepción de fondo porque no enerva la pretensión procesal en su contenido, sino que es una condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito, sin que el estar legitimado en la causa otorgue el derecho a ganar, lo que sucede aquí es que si la falta recae en el demandante, el demandado

tiene derecho a ser absuelto, no porque él haya probado un hecho que enerve el contenido material de las pretensiones, sino porque quien lo atacó no es la persona que frente a la ley tiene el interés sustantivo para hacerlo – no el procesal –; **si la falta de legitimación en la causa es del demandado al demandante se le negarán las pretensiones, no porque los hechos en que se sustenten no le den el derecho, sino porque a quien se las atribuyó no es el sujeto que debe responder, y, por eso, el demandado debe ser absuelto**<sup>2</sup>

Para el caso en concreto, de la revisión del escrito de la demanda se puede concluir que se está demandado a SEGUROS ALFA S.A, identificada con el NIT 860031979-8. Sin embargo, SEGUROS ALFA S.A no tiene habilitado por la Superintendencia Financiera la expedición de Seguros de Vida Deudores **Y POR LO TANTO NO ES LA PERSONA JURÍDICA QUE EXPIDIÓ LA PÓLIZA QUE PRETENDE AFECTAR EL DEMANDANTE.** Al efecto me permito adjuntar pantallazo de los ramos habilitados para SEGUROS ALFA S.A:

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Cumplimiento, Incendio, Lucro cesante, Manejo, Montaje y rotura de maquinaria, Responsabilidad civil, Sustracción, Terremoto, Todo riesgo para contratista, Transporte, Vidrios,  
Resolución S.B. No 1169 del 05 de julio de 1996 Aviación  
Resolución S.B. No 795 del 11 de agosto de 1997 Navegación y casco  
Resolución S.B. No 641 del 26 de mayo de 1998 Desempleo  
Oficio No 2021039174-003 del 23 de febrero de 2021 autoriza el ramo de Seguro Hogar  
Oficio No 2021252967-011 del 30 de diciembre de 2021 autoriza el ramo de Seguro Decenal  
Oficio No 2024027041-011 del 29 de abril de 2024 autoriza el ramo de seguro agropecuario

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.

Inclusive de la revisión de la póliza aportada por el mismo demandante se puede leer con absoluta claridad **QUE LA ASEGURADORA QUE EXPIDIÓ EL SEGURO QUE PRETENDE AFECTARSE FUE SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. IDENTIFICADA CON NIT 860503617-3.** Situación que tiene total armonía con la habilitación que tiene dicha compañía para expedir las pólizas de seguros de

---

<sup>2</sup> Consejo de Estado, Sección Tercera, Magistrado Ponente Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., catorce (14) de marzo de dos mil doce (2012), Radicación: 76001-23-25-000-1997-03056-01 (22.032)

vida:

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 accidentes personales, colectivo de vida, vida grupo, vida individual.

Resolución S.B. No 786 del 29 de abril de 1994 seguros previsionales invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 1427 del 05 de julio de 1994 pensiones Ley 100

Resolución S.B. No 2541 del 22 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 351 del 11 de abril de 1997 salud

Resolución S.F.C. No 1441 del 17 de agosto de 2007 Seguro de exequias

Resolución S.F.C. No 1037 del 29 de junio de 2011 revoca la autorización concedida a Seguros de Vida Alfa S.A. para operar el ramo de Seguro Colectivo de Vida.

Y que igualmente se puede observar en la expedición de la póliza en cuestión:

Seguros de Vida Alfa S.A,

NIT: 860.503.617-3



CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES  
UBRANZAS MILITARES

CLASE DE DOCUMENTO: RENOVACION

Nº DE CRÉDITO: 456158889

RAMO: VIDA GRUPO	TIPO: DIRECTO	PÓLIZA No. GRD-460	
SUCURSAL EXPEDIDORA: SUCURSAL SAN DIEGO	DIRECCIÓN: AV. CLL 24# 59-42 TORRE 4 P. 4 Y 5	CIUDAD / DEPT. BOGOTÁ D.C. / CUNDINAMARCA	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA 01 MES 12 AÑO 2023	VIGENCIA PÓLIZA DESDE: 00:00 HORAS DÍA 01 MES 12 AÑO 2023	VIGENCIA PÓLIZA HASTA 23:59 HORAS: MENSUAL RENOVABLE	FECHA DE PAGO: Mensual al día de vencimiento del producto de crédito asociado a esta póliza
TOMADOR Banco De Bogotá S.a.		NIT / C.C. 860.002.964-4	
DIRECCIÓN Calle 36 no. 7-47 piso 15	TELÉFONO 3320032	CIUDAD Bogotá d.c.	DEPARTAMENTO Cundinamarca
ASEGURADO RODRIGUEZ ORTIZ LUZ MARY		NIT / C.C. 36276904	
DIRECCIÓN CALLE 3A 1A 56	TELÉFONO 3105827415	CIUDAD PITALITO	DEPARTAMENTO HUILA
BENEFICIARIO: VER CONDICIONES DE SEGURO ADJUNTAS.		NIT / C.C.	

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	PRIMA MENSUAL A PAGAR
MUERTE	VER CONDICIONES DE SEGURO ADJUNTAS	ES EL RESULTADO DE MULTIPLICAR LA SUMA ASEGURADA POR LA TASA DEL SEGURO ACEPTADA AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA CUAL SE VERA REFLEJADA EN EL EXTRACTO DE SU CRÉDITO.
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		
ENFERMEDADES GRAVES		

En este orden de ideas, resulta ser absolutamente claro que la sociedad demandada no es la sociedad llamada a responder por los hechos constitutivos de este proceso, por lo que le solicito al Despacho de manera respetuosa se sirva dictar sentencia anticipada al tenor del artículo 278 del CGP y exonerar de todas las pretensiones a SEGUROS ALFA S.A.

### 3. INEXISTENCIA DE PERJUICIOS MORALES

Dentro de nuestro ordenamiento jurídico se establece la obligación de indemnizar cuando se cause un daño. El daño es un elemento que necesariamente debe ser

probado por quien alega la declaratoria de responsabilidad y con ello, la reparación del perjuicio ocasionado.

El daño es el primer peldaño en el análisis que deberá realizar el juzgador, en los juicios de responsabilidad. De no encontrarse probado éste, ninguna razón tendrá en continuar la evaluación de los elementos de prueba, pues hasta allí llegaría el análisis. Lo anterior ha sido claramente expuesto por la jurisprudencia nacional en la cual, para sólo citar un ejemplo, se ha expresado lo siguiente:

**“DE SUYO, QUE, SI EL DAÑO ES UNO DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, TANTO CONTRACTUAL COMO EXTRA CONTRACTUAL, SU PLENA DEMOSTRACIÓN RECAE EN QUIEN DEMANDA,** salvo las excepciones legal o convencionalmente establecidas, lo que traduce que, por regla general, EL ACTOR en asuntos de tal linaje, ESTÁ OBLIGADO A ACREDITARLO, CUALQUIERA SEA SU MODALIDAD. (...)”<sup>3</sup>

El daño o perjuicio para ser indemnizable, es decir, para que cumpla con las condiciones de ser el primer “escalón” en el juicio de responsabilidad, tiene que ser: (i) directo, (ii) personal y (iii) cierto, en la manera en que lo ha expresado la jurisprudencia nacional, así:

“Para que el perjuicio pueda calificarse de tal, debe ser personal y cierto. (...) Que el perjuicio sea sufrido por la persona que solicita reparación es un principio elemental del derecho de la responsabilidad. (...) la existencia del perjuicio es la singularidad de su certeza” (CSJ, SC del 27 de marzo de 2003, Rad. n.º 6879).”

En cuanto a la certeza del daño, según el testimonio unánime de la doctrina y la jurisprudencia, es el que es real y efectivo y no meramente eventual o hipotético. Esta solución, por otra parte, es también firme en la jurisprudencia:

---

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. 29 de mayo de 2014. Rad: 2006- 00199-01

“Uno de los requisitos que debe reunir el daño es su certidumbre, es decir, que se demuestre su existencia misma; lo cual ocurre cuando no haya duda de su concreta realización. Además, es el requisito **“más importante (...), al punto que, sin su ocurrencia y demostración, no hay lugar a reparación alguna”** (CSJ, SC del 1º de noviembre de 2013, Rad. n.º 1994-26630-01; CSJ, SC del 17 de noviembre de 2016, Rad. n.º2000-00196-01).

Ahora bien, la prueba del daño no consiste en infundadas menciones, como ocurre en la demanda, **sino que es indispensable que se demuestre tanto la existencia del perjuicio, como su cuantía.**

Se encuentra la necesidad de que la parte demandante acredite de manera plena en el proceso, que el perjuicio cuya reparación persigue, realmente provino de manera directa de una conducta del demandado. **Entre la acción o la omisión de éste y el daño, debe mediar, necesariamente, un nexo de causalidad directo y adecuado, debidamente probado por el demandante.**

Descendiendo al caso en concreto, la demandante pretende le sea reconocida una suma de 100 salarios mínimos por concepto de perjuicios morales por padecimientos causados de angustia y ansiedad, sin embargo es claro que dentro del presente caso no se encuentra acreditada la ocurrencia del daño y por consiguiente la causación de los perjuicios.

En otras palabras, la parte accionante deja sin asiento probatorio su pretensión, cuando no aporta documento alguno en el que se acredite la existencia de los perjuicios morales que alega y por esta razón es un daño que no cumple con el requisito de certeza, **pues no se ha demostrada la ocurrencia del mismo, es decir, su materialización.**

Estos yerros, hacen inverosímiles los montos pretendidos y, por lo tanto, deben ser desestimados por el Despacho.

#### **4. INDEBIDA TASACIÓN DE PERJUICIOS MORALES**

Los daños morales implican una congoja que impacta de forma directa el estado de ánimo, espiritual y la estabilidad emocional de la persona que sufre los perjuicios según cada caso específico, así lo ha establecido en su jurisprudencia la Corte Suprema de Justicia.<sup>4</sup>

No obstante, bajo ninguna circunstancia podrían desplegarse perjuicios morales para el caso particular, toda vez que la suma solicitada se está tasando sin tener presente criterio objetivo alguno, legal o jurisprudencial, además de no estar demostrada la afectación a la esfera íntima de la demandante.

Para solicitar el reconocimiento de perjuicios morales, no es suficiente una simple solicitud de indemnización basada en un accidente, sino que la demandante debe invocar los elementos suficientes y razonables que constaten el sufrimiento padecido, pues la sola mención de aquellos no opera de forma automática.

Ahora bien, la prueba del daño no consiste en infundadas menciones, como ocurre en la demanda, sino que es indispensable que se demuestre tanto la existencia del perjuicio, como su cuantía.

El daño, o perjuicio, entendiendo estos como sinónimos, para ser indemnizado, o sea, para que cumpla con las condiciones de ser el primer "escalón" en el juicio de responsabilidad, tiene que ser cierto, en la manera en que lo ha expresado la jurisprudencia nacional, así:

"Para que el perjuicio pueda calificarse de tal, debe ser personal y cierto. (...) Que el perjuicio sea sufrido por la persona que solicita

---

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia. (2016). Sentencia 07 de junio de 2016. SC-78242016. (07/02/2020).

reparación es un principio elemental del derecho de la responsabilidad. (...) **la existencia del perjuicio es la singularidad de su certeza**” (Subrayado y negrilla fuera de texto).

Acerca de la necesidad de certeza, enseñaba Jorge Peirano Facio, en su tratado sobre la responsabilidad civil extracontractual, que es “perjuicio cierto aquél que es real y efectivo, y no meramente hipotético y eventual”. Y unas páginas más adelante, añadía que “daño eventual equivale, entonces, al daño que no es cierto; o sea, el daño meramente fundado en suposiciones o conjeturas (...)

En nuestro derecho, pues, el daño eventual no puede considerarse daño a los efectos de la responsabilidad extracontractual. Esta solución, por otra parte, es también firme en la jurisprudencia y en la doctrina extranjeras.

**Adicionalmente, deben tenerse en cuenta los límites establecidos por la Corte Suprema de Justicia<sup>5</sup> respecto a la indemnización de perjuicios extra patrimoniales y en consecuencia no pueden ser omitidos.**

Así pues, se convierte en una labor impropia para el fallador, conceder una indemnización bajo el monto exorbitante pretendido por la demandante, sin contar con los suficientes elementos de juicio para su cuantificación.

Señala el apoderado de la parte demandante que aquella sufrió daños morales estimados en 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes, valor que resulta exorbitante y absolutamente desproporcionado, sin relacionar soporte probatorio ni fundamentar su apreciación subjetiva.

Como lo puede apreciar el Honorable Despacho, la parte demandante pretende a título de indemnización por daños morales una suma que no se encuentra acreditada por

---

<sup>5</sup> Sentencia de Casación Civil, 19 de diciembre de 2018, No de radicación 05736-31-89-001-200400042-01 MP. Margarita Cabello Blanco.

conceptos de angustia y ansiedad que sea tasado por un profesional del área, por lo tanto, esta petición se encuentra basada en apreciaciones subjetivas.

Por lo anterior, de la manera más respetuosa le solicito al Despacho se sirva declarar probada la excepción alegada y por lo tanto se abstenga de condenar a mi representada al pago de los perjuicios morales que para el caso concreto no se configuran pues no se allegó prueba alguna.

## **5. AUSENCIA DE ACREDITACIÓN DE CUANTIA**

Se entiende que la cuantía es aquella que se refiere al costo del proceso en cuanto a lo reclamado en la petición y el valor de la diferencia entre lo reclamado y lo concedido.<sup>6</sup>

Ahora bien, el Código General del Proceso establece que:

**“Artículo 25. Cuantía.** Cuando la competencia se determine por la cuantía, los procesos son de mayor, de menor y de mínima cuantía.

Son de mínima cuantía cuando versen sobre pretensiones patrimoniales que no excedan el equivalente a cuarenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (40 smlmv).

Son de menor cuantía cuando versen sobre pretensiones patrimoniales que excedan el equivalente a cuarenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (40 smlmv) sin exceder el equivalente a ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 smlmv).

Son de mayor cuantía cuando versen sobre pretensiones patrimoniales que excedan el equivalente a ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 smlmv).

El salario mínimo legal mensual a que se refiere este artículo, será el vigente al momento de la presentación de la demanda.

**Cuando se reclame la indemnización de daños**

---

<sup>6</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-308/14.

**extrapatrimoniales se tendrán en cuenta, sólo para efectos de determinar la competencia por razón de la cuantía, los parámetros jurisprudenciales máximos al momento de la presentación de la demanda.**”(Subrayado y negrilla por fuera del texto)

Para el caso, el apoderado de la demandante estimó en el acápite de cuantía un valor total de \$144.500.000, discriminados en perjuicios morales por un valor de 100 smlmv- de los cuales ni su existencia así como su cuantía se encuentran acreditados- y también se está reclamando el valor de \$44.500.000 por concepto de la cobertura del valor del crédito inicial adquirido por el Banco de Bogotá.

No obstante, es claro que el valor de esta cuantía además de no tener en cuenta los límites establecidos por la Corte Suprema de Justicia respecto a la indemnización de perjuicios extra patrimoniales tal como ya se mencionó, el valor que pretende se le reconozca como saldo de la deuda, no se encuentra acreditado dentro del presente caso.

Al no conocer con exactitud el saldo insoluto de la deuda adquirida con el Banco de Bogotá a nombre de la señora Luz Mary Rodríguez, pues en el expediente no obra registro del valor restante o algún soporte probatorio que lo acredite, resulta imposible el reconocimiento de esta pretensión.

Todos estos yerros, hacen inverosímiles los montos pretendidos y, por lo tanto, deben ser desestimados por el Despacho.

## **6. BUENA FE**

El Código Civil colombiano, en su artículo 769, establece la presunción de la buena fe como regla general, excepto en los casos específicamente dispuestos por la ley, donde se requiere probar la mala fe. De esta manera, la buena fe se consagra como un principio general del derecho que presupone la existencia de relaciones recíprocas con

trascendencia jurídica. Este principio se refiere a la "confianza, seguridad y credibilidad que otorga la palabra dada"<sup>7</sup>

Por tal motivo, habría que considerar que mi representada ha obrado de buena fe, dando cumplimiento a las normas legales pues la póliza de seguros de vida grupo deudores donde la señora Luz Mary Rodríguez Ortiz es asegurada hasta la fecha se encuentra activa y no se ha restringido su aplicación en ningún momento.

Mi representada comparece a este proceso con la seguridad de que en ningún momento se ha obrado de mala fe o con el propósito de incumplir con la obligación que aquí se debate.

## **7. EXCEPCIÓN GENÉRICA**

Cualquier otra excepción que se logre demostrar en el curso del proceso.

## **III. PRUEBAS**

Solicito señor Juez se decreten, practiquen y tengan como pruebas las siguientes:

### **➤ Documentales:**

1. Póliza de seguro de vida grupo N° GRD-460- Libranzas Militares
2. Clausulado de la póliza seguro de vida grupo N° GRD-460
3. Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo Deudores de la señora Luz Mary Rodríguez Ortiz.

### **➤ Interrogatorio de partes:**

Respetuosamente se le solicita a su Despacho conceder y ordenar la práctica de los siguientes interrogatorios:

- A. Solicito se fije fecha y hora para que se absuelva interrogatorio a la

---

<sup>7</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-1194/08.

parte demandante **LUZ MARY RODRIGUEZ ORTIZ**, a quien formularé cuestionamiento oral en audiencia o allegaré las preguntas en sobre cerrado en momento previo a la fecha y hora que disponga el Despacho para que declare sobre las circunstancias y todo lo que le conste con relación a la presente demanda.

## V. ANEXOS

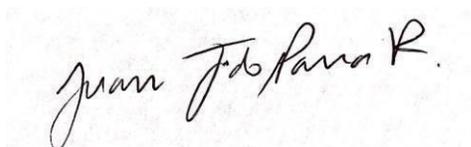
1. Lo enunciado en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de SEGUROS ALFA S.A- NIT. 860031979-8 expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
3. Certificado de existencia y representación legal de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A- NIT. 860503617-3 expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
4. Poder debidamente otorgado al suscrito.

## VI. NOTIFICACIONES

Al representante legal de la sociedad **SEGUROS ALFA S.A** en la Av. Calle 26 # 59-15, local 6, edificio Avianca, Bogotá y dirección de correo electrónico: [servicioalcliente@segurosalfa.com.co](mailto:servicioalcliente@segurosalfa.com.co)

Al suscrito apoderado judicial en la Calle 51 No. 9 – 69 Of. 301 en la ciudad de Bogotá D.C. Teléfono de contacto 3167425994. Igualmente solicito y autorizo expresamente la notificación por medios electrónicos al correo electrónico [jfparra29@hotmail.com](mailto:jfparra29@hotmail.com) o [garciapintoalba@gmail.com](mailto:garciapintoalba@gmail.com)

Cordialmente,



**JUAN FERNANDO PARRA ROLDÁN**  
Cédula de ciudadanía No. 79.690.071  
T. P. 121.053 del C. S. de la J.

Señores

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**  
E.S.D.

**Radicado: 2024095065**

**Expediente: 2024-14382**

**Demandantes: LUZ MARY RODRIGUEZ ORTIZ**

**Demandado: SEGUROS ALFA S.A.**

**Asunto: PODER**

CAMILO ADOLFO ALBAN DELGADO mayor y vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No.80.873.405, actuando en calidad de representante legal de SEGUROS ALFA SA. . sociedad identificada con Nit. 860.031.979-8, lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por al Superintendencia Financiera de Colombia que es adjunta, de manera atenta manifiesto que confiero poder especial amplio y suficiente a JUAN FERNANDO PARRA ROLDÁN mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.690.071 de Bogotá y portador de la Tarjeta Profesional No. 121.053 del C.S.J y a ALBA CLEMENCIA GARCIA PINTO mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No.52.267.690 de Bogotá y portadora de la Tarjeta Profesional No. 121.198 del C.S. J, para que en nombre de la sociedad que represento actúen, intervengan y lleven hasta su culminación el proceso de la referencia.

Mis apoderados quedan facultados en los términos de los artículos 75 y 77 del Código General del Proceso y en especial quedan habilitados para conciliar, recibir, transigir, desistir y realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Dando cumplimiento al artículo 5° de la ley 2213 de 2022 me permito señalar que los correos electrónicos de los apoderados son: [jfparra29@hotmail.com](mailto:jfparra29@hotmail.com). Y [garciapintoalba@gmail.com](mailto:garciapintoalba@gmail.com)

Atentamente,



CAMILO ADOLFO ALBAN DELGADO  
Representante Legal de  
SEGUROS ALFA S.A.  
C.C. 80.873.405

Aceptamos,



JUAN FERNANDO PARRA ROLDAN  
C.C.79.690.071



**Certificado Generado con el Pin No: 8882329665749464**

Generado el 02 de septiembre de 2024 a las 09:26:19

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN  
EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: SEGUROS ALFA S.A.**

**NIT: 860031979-8**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 6300 del 03 de diciembre de 1971 de la Notaría 2 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 5729 del 29 de diciembre de 2000 de la Notaría 31 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó la escisión parcial del patrimonio de SEGUROS ALFA S.A., a favor de las sociedades SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. y COMPANÍA DE NEGOCIOS ALFA S.A. (beneficiarias), autorizada por la Resolución 1986 del 27 de diciembre de 2000, emanada de la Superintendencia Bancaria.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 788 del 27 de marzo de 1972

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** REPRESENTANTE LEGAL: La Sociedad tendrá un Representante Legal, denominado PRESIDENTE y dos (2) suplentes que se denominarán primer suplente y segundo suplente del Presidente, quienes lo reemplazarán en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, en su orden. A falta de estos el Presidente será reemplazado por las personas que para el efecto designe la Junta Directiva. PARÁGRAFO.- El Gerente Jurídico de Litigios y el Gerente de Asuntos Legales y Contractuales, tendrán representación legal de la sociedad para todos los asuntos judiciales que esta deba atender y para representar a la Compañía ante entes administrativos en temas jurisdiccionales. Así mismo, el Vicepresidente de Desarrollo Corporativo tendrá representación legal de la sociedad en forma exclusiva para la firma de contratos laborales del personal de la Compañía y la atención de requerimientos de los diferentes entes de control y entidades administrativas del orden nacional; circunscrito a las funciones y responsabilidades propias de la descripción de su cargo. El Vicepresidente de Seguridad Social tendrá representación legal de la sociedad en forma exclusiva para todos los asuntos relacionados con las funciones y responsabilidades propias de la descripción de su cargo. FUNCIONES DEL PRESIDENTE.- Serán funciones propias del Presidente de la Sociedad las siguientes: a.- Cuando fuere el caso y de acuerdo con o previsto en estos Estatutos, presidir las reuniones de la Asamblea General de Accionistas. b.- Presentar mensualmente el Balance de la Sociedad a la Junta Directiva. c.- Hacer cumplir los Estatutos y las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y la Junta Directiva. d.- Ejercer las atribuciones que le señale la Junta Directiva o la Asamblea General de Accionistas. e.- Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva, cuando lo juzgue conveniente y conforme a lo previsto en la ley y en estos Estatutos. f.- Presentar a la Asamblea General de Accionistas en sus sesiones ordinarias y por conducto de la Junta Directiva, un informe detallado sobre la marcha de los negocios y empresas sociales, sobre las reformas introducidas y las que a su juicio sea conveniente acometer en sus métodos de trabajo y sobre las perspectivas de los mismos negocios. g.- Presentar a la Junta Directiva las cuentas, inventarios y Balance General de cada ejercicio con un proyecto de distribución de utilidades o de



## Certificado Generado con el Pin No: 8882329665749464

Generado el 02 de septiembre de 2024 a las 09:26:19

### ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

cancelación de pérdidas líquidas y el informe de que trata el ordinal anterior. h.- Mantener a la Junta Directiva permanentemente enterada sobre la marcha de los negocios sociales y suministrarle todos los datos e informes que esta le solicite. i.- Constituir los apoderados generales o especiales que requiera la sociedad y crear todos los cargos que requiera el funcionamiento de la empresa con excepción de aquellos que por ley o Estatutos corresponde a la Asamblea General o a la Junta Directiva. j.- Apremiar a los empleados y demás dependientes de la sociedad para que cumplan oportunamente con los deberes de su cargo y vigilar continuamente la marcha de la empresa. k.- Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de los Comités de Apoyo de la Junta. l.- Tomar las medidas y celebrar todos los actos y contratos necesarios o convenientes para el debido cumplimiento del objeto social, observando los parámetros y límites que se señalan en los estatutos. m.- Ejercer todas las funciones que le delegue la Junta Directiva y las demás que le confieren los Estatutos y las leyes y aquellas que por la naturaleza de su cargo le correspondan. n.- Delegar de acuerdo con los reglamentos y/o con previa autorización de la Junta Directiva, en los Vicepresidentes o en otros empleados de la empresa, algunas de sus atribuciones o funciones, delegables en forma transitoria o permanente. ñ) Poner en conocimiento de la Asamblea de Accionistas la circunstancia que configura conflicto de interés y la información relevante relacionada con el hecho que configuró el conflicto. En el evento de que la Asamblea decida que no autoriza al Representante Legal a ejecutar la actividad frente a la cual reveló la existencia de un conflicto de interés, este deberá abstenerse de ejecutarla. o) Asistir al Comité de Nominaciones y evaluar con antelación a la reunión de Asamblea de Accionistas las propuestas de candidatos al cargo de miembros de Junta Directiva que se reciban, a efectos de verificar la ausencia de incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y su adecuación a las necesidades de la Junta a través de la validación de los criterios profesionales y personales aplicables. ARTICULO QUINCUGÉSIMO OCTAVO. - La Sociedad tendrá un Secretario que será nombrado por la Junta Directiva. Son funciones del Secretario: 1) Ejercer la Secretaría de la Asamblea General y, en su defecto, lo hará la persona que designe el presidente de la Asamblea; 2) Ejercer la Secretaría de la Junta Directiva y asistir al Presidente de la Aseguradora en la preparación del orden del día de las reuniones de la Junta Directiva, velando por la adecuada presentación de los asuntos que hagan parte de ésta. De manera previa a cada reunión se definirán los temas a tratar según las prioridades definidas por el Presidente y el Secretario General. El orden del día a tratar se envía en forma previa a la iniciación de la reunión de Junta a sus miembros por parte del Secretario. 3) Ejercer la Representación legal de la Sociedad para todos los asuntos judiciales y administrativos que esta deba atender; 4) Firmar las actas de las reuniones de la Junta Directiva y las copias que de ellas se expidan; 5) Firmar los títulos a que hace referencia el Artículo Duodécimo de los presentes Estatutos. 6) Conservar en debida forma la documentación recibida en desarrollo de sus funciones y velar por la legalidad formal de las actuaciones de la Junta Directiva, garantizando que sus actuaciones se adelanten de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente y en los Estatutos Sociales. 7) Asistir al Comité de Nominaciones y evaluar con antelación a la reunión de Asamblea de Accionistas las propuestas de candidatos al cargo de miembros de Junta Directiva que se reciban, a efectos de verificar la ausencia de incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y su adecuación a las necesidades de la Junta a través de la validación de los criterios profesionales y personales aplicables. (E.P. No. 560 del 8/05/2024 Not. 23 de Bogotá).

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Sandra Patricia Solorzano Daza Fecha de inicio del cargo: 12/02/2015	CC - 52360979	Presidente
Andrés Fernando Barón Tautiva Fecha de inicio del cargo: 20/05/2021	CC - 79672019	Segundo Suplente del Presidente
Hugo Ignacio Gómez Daza Fecha de inicio del cargo: 06/07/2017	CC - 80413626	Vicepresidente de Seguridad Social
Camilo Adolfo Albán Delgado Fecha de inicio del cargo: 06/06/2022	CC - 80873405	Representante Legal para Asuntos Judiciales
Sandra Patricia Cantor Cortes Fecha de inicio del cargo: 26/10/2017	CC - 52427365	Representante Legal en Calidad de Vicepresidente de Desarrollo Corporativo



# Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co) con el número de PIN

**Certificado Generado con el Pin No: 8882329665749464**

Generado el 02 de septiembre de 2024 a las 09:26:19

## ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Carlos Andrés Gómez Rojas Fecha de inicio del cargo: 02/03/2023	CC - 80165218	Primer Suplente del Presidente y Secretario General

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Cumplimiento, Incendio, Lucro cesante, Manejo, Montaje y rotura de maquinaria, Responsabilidad civil, Sustracción, Terremoto, Todo riesgo para contratista, Transporte, Vidrios,  
Resolución S.B. No 1169 del 05 de julio de 1996 Aviación  
Resolución S.B. No 795 del 11 de agosto de 1997 Navegación y casco  
Resolución S.B. No 641 del 26 de mayo de 1998 Desempleo  
Oficio No 2021039174-003 del 23 de febrero de 2021 autoriza el ramo de Seguro Hogar  
Oficio No 2021252967-011 del 30 de diciembre de 2021 autoriza el ramo de Seguro Decenal  
Oficio No 2024027041-011 del 29 de abril de 2024 autoriza el ramo de seguro agropecuario  
Oficio No 2024076011-008 del 26 de junio de 2024 autoriza el ramo de Accidentes Personales

  
NATALIA GUERRERO RAMÍREZ

**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ  
SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



**Certificado Generado con el Pin No: 5490926222906136**

Generado el 18 de septiembre de 2024 a las 11:01:37

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN  
EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. -VIDALFA S.A.-**

**NIT: 860503617-3**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 4763 del 28 de julio de 1981 de la Notaría 5 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio de la sociedad es la ciudad de Bogotá Distrito Especial, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, pero la sociedad podrá durante su vida social, acordar otro u otros domicilios, así como crear sucursales y agencias, dentro o fuera del país, según lo exija el desarrollo de sus negocios.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 5359 del 22 de septiembre de 1981

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** REPRESENTANTE LEGAL: La Sociedad tendrá un Representante Legal, denominado PRESIDENTE y dos (2) suplentes que se denominarán Primer Suplente y Segundo Suplente del Presidente de la Sociedad, quienes lo reemplazarán en sus faltas absolutas, temporales o accidentales en su orden. A falta de estos el Presidente será reemplazado por las personas que para el efecto designe la Junta Directiva. La sociedad tendrá un Secretario que será nombrado por la Junta Directiva, quien tendrá la representación legal de la sociedad para todos los asuntos judiciales y administrativos que la entidad deba atender. PARÁGRAFO.- El Gerente Jurídico de Litigios y el Gerente de Asuntos Legales y Contractuales, tendrán representación legal de la sociedad para todos los asuntos judiciales que esta deba atender y para representar a la Compañía ante entes administrativos en temas jurisdiccionales. Así mismo, el Vicepresidente de Desarrollo Corporativo tendrá representación legal de la sociedad en forma exclusiva para la firma de contratos laborales del personal de la Compañía y la atención de requerimientos de los diferentes entes de control y entidades administrativas del orden nacional; circunscrito a las funciones y responsabilidades propias de la descripción de su cargo. El Vicepresidente de Seguridad Social tendrá representación legal de la sociedad en forma exclusiva para todos los asuntos relacionados con las funciones y responsabilidades propias de la descripción de su cargo (E.P. No.720 del 6/05/2022 Not. 23 de Bogotá D.C.). **FUNCIONES DEL PRESIDENTE.** - Serán funciones propias del Representante Legal de la Sociedad las siguientes: a.- Cuando fuere el caso y de acuerdo con lo previsto en estos estatutos, presidir las reuniones de la Asamblea General de Accionistas. b.- Presentar mensualmente el Balance de la Sociedad a la Junta Directiva.- c.- Hacer cumplir los Estatutos y las decisiones de la Asamblea General y la Junta Directiva. d.- Ejercer las atribuciones que le señale la Junta Directiva o la Asamblea General de Accionistas. e.- Representar a la Sociedad, judicial o extrajudicialmente como persona jurídica y usar la firma social. f.- Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva, cuando lo juzgue conveniente y conforme a lo previsto en la Ley y en estos Estatutos. g.- Presentar a la Asamblea General de Accionistas en sus sesiones ordinarias y por conducto de la Junta Directiva, un informe detallado sobre la marcha de los negocios y empresas sociales, sobre las reformas introducidas y las que a su juicio sea conveniente acometer en sus métodos de trabajo y sobre las perspectivas



**Certificado Generado con el Pin No: 5490926222906136**

Generado el 18 de septiembre de 2024 a las 11:01:37

## **ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

de los mismos negocios. h.- Presentar a la Junta Directiva las cuentas, inventarios y Balance general de cada ejercicio con un proyecto de distribución de utilidades o de cancelación de pérdidas líquidas y el informe de que trata el ordinal anterior. i.- Mantener a la Junta Directiva permanente y detalladamente enterada de la marcha de los negocios sociales y suministrarle todos los datos e informes que le solicite. j.- Constituir los apoderados generales o especiales que requiera la Sociedad y crear todos los cargos que requiera el funcionamiento de la Empresa con excepción de aquellos que por Ley o Estatutos corresponde a la Asamblea General o a la Junta Directiva. k.- Apremiar a los empleados y demás dependientes de la Sociedad para que cumplan oportunamente con los deberes de su cargo y vigilar continuamente la marcha de la empresa. l.- Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General de Accionistas, de la Junta Directiva y de los Comités Asesores que ésta cree. m.- Tomar las medidas y celebrar todos los actos y contratos necesarios o convenientes para el debido cumplimiento del objeto social, dentro de los límites y cuantía que le fije la Junta Directiva. n.- Ejercer todas las funciones que le delegue la Junta Directiva y las demás necesarias para el funcionamiento de la Sociedad, que no estén reservadas a ella o a la Asamblea General por la Ley o los Estatutos y las demás que le confieren los Estatutos y las Leyes y aquellas que la naturaleza de su cargo le correspondan. ñ.- Delegar de acuerdo con los reglamentos y/o con previa autorización de la Junta Directiva en los Vicepresidentes o en otros empleados de la Empresa, algunas de sus atribuciones o funciones delegables en forma transitoria o permanente. o.- Presentar a la Junta Directiva y velar por su permanente cumplimiento, las medidas específicas respecto del gobierno de la Sociedad, su conducta y su información, con el fin de asegurar el respeto de los derechos de quienes inviertan en sus acciones o en cualquier otro valor que emitan, así como la adecuada administración de sus asuntos y el conocimiento público de su gestión. p.- Asegurar el respeto de sus accionistas y demás inversionistas en valores, de acuerdo con los parámetros fijados por los órganos de control del mercado. q.- Suministrar al mercado información oportuna, completa y veraz sobre sus estados financieros y sobre su comportamiento empresarial y administrativo, sin perjuicio de lo establecido por los artículos 23 y 48 de la ley 222 de 1995 y de aquellas disposiciones que los modifiquen o adicionen. r.- Poner en conocimiento de la Asamblea de Accionistas la circunstancia que configura conflicto de interés y la información relevante relacionada con el hecho que configuró el conflicto. En el evento de que la Asamblea decida que no autoriza al Representante Legal a ejecutar la actividad frente a la cual reveló la existencia de un conflicto de interés, este deberá abstenerse de ejecutarla. s) Asistir al Comité de Nominaciones y evaluar con antelación a la reunión de Asamblea de Accionistas las propuestas de candidatos al cargo de miembros de Junta Directiva que se reciban, a efectos de verificar la ausencia de incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y su adecuación a las necesidades de la Junta a través de la validación de los criterios profesionales y personales aplicables. PARÁGRAFO: Las funciones de los Vicepresidentes serán todas aquellas que determine el Presidente de la sociedad y que específicamente señale la Junta Directiva. Artículo Trigüesimo Sexto: La Sociedad tendrá un Secretario que será nombrado por la Junta Directiva. Son funciones del Secretario: 1) Ejercer la secretaría de la Asamblea General de Accionistas y, en su defecto, lo hará la persona que designe el Presidente de la Asamblea; 2) Ejercer la Secretaría de las reuniones de la Junta Directiva y asistir al Presidente de la Aseguradora en la preparación del orden del día de las reuniones de la Junta Directiva, velando por la adecuada presentación de los asuntos que hagan parte de ésta. De manera previa a cada reunión se definirán los temas a tratar según las prioridades definidas por el Presidente y el Secretario General. El orden del día a tratar se envía en forma previa a la iniciación de la reunión de Junta a sus miembros por parte del Secretario. 3) Ejercer la Representación Legal de la Sociedad para todos los asuntos judiciales y administrativos que esta deba atender; 4) Firmar las actas de las reuniones de la Junta Directiva y las copias que de ellas se expidan; 5) Firmar los títulos a que hace relación el Artículo Décimo Cuarto de los presentes Estatutos. 6) Conservar en debida forma la documentación recibida en desarrollo de sus funciones y velar por la legalidad formal de las actuaciones de la Junta Directiva, garantizando que sus actuaciones se adelanten de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente y en los Estatutos Sociales. 7) Asistir al Comité de Nominaciones y evaluar con antelación a la reunión de Asamblea de Accionistas las propuestas de candidatos al cargo de miembros de Junta Directiva que se reciban, a efectos de verificar la ausencia de incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal y su adecuación a las necesidades de la Junta a través de la validación de los criterios profesionales y personales aplicables. (E.P. No. 559 del 8/05/2024 Not. 23 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:



## Certificado Generado con el Pin No: 5490926222906136

Generado el 18 de septiembre de 2024 a las 11:01:37

### ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Sandra Patricia Solorzano Daza Fecha de inicio del cargo: 12/02/2015	CC - 52360979	Presidente
Andrés Fernando Barón Tautiva Fecha de inicio del cargo: 20/05/2021	CC - 79672019	Segundo Suplente del Presidente
Hugo Ignacio Gómez Daza Fecha de inicio del cargo: 06/07/2017	CC - 80413626	Vicepresidente de Seguridad Social
Camilo Adolfo Albán Delgado Fecha de inicio del cargo: 06/06/2022	CC - 80873405	Representante Legal para Asuntos Judiciales
Sandra Patricia Cantor Cortes Fecha de inicio del cargo: 26/10/2017	CC - 52427365	Representante Legal en Calidad de Vicepresidente de Desarrollo Corporativo
Carlos Andrés Gómez Rojas Fecha de inicio del cargo: 02/03/2023	CC - 80165218	Primer Suplente del Presidente y Secretario General

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 accidentes personales, colectivo de vida, vida grupo, vida individual.

Resolución S.B. No 786 del 29 de abril de 1994 seguros previsionales invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 1427 del 05 de julio de 1994 pensiones Ley 100

Resolución S.B. No 2541 del 22 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 351 del 11 de abril de 1997 salud

Resolución S.F.C. No 1441 del 17 de agosto de 2007 Seguro de exequias

Resolución S.F.C. No 1037 del 29 de junio de 2011 revoca la autorización concedida a Seguros de Vida Alfa S.A. para operar el ramo de Seguro Colectivo de Vida.



**PATRICIA CAIZA ROSERO**  
**SECRETARIA GENERAL ENCARGADA**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

## POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

**TOMADOR:** BANCO DE BOGOTA NIT: 860.002.964-4  
**ASEGURADOS:** DEUDORES DE LA ENTIDAD TOMADORA A QUIENES SE LES OTORQUE PRESTAMOS BAJO LA MODALIDAD DE CREDITOS LIBRANZA MILITARES  
**VIGENCIA:** DESDE LAS 00:00 HORAS DEL 31-12-2018 HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 31-03-2019  
**POLIZA No.:** GRD-460

### CONDICIONES PARTICULARES – PRORROGA -

#### GRUPO ASEGURADO

Lo constituyen todas las personas naturales de las Fuerzas Militares (activos o retirados, pensionados) deudoras de la entidad tomadora, bajo la línea de crédito de Libranza.

#### BENEFICIARIOS

BANCO DE BOGOTA S.A.

#### VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

La cobertura del seguro inicia desde el momento del desembolso y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo las eventuales prórrogas autorizadas por el Banco, extendiéndose también a la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en los casos de mora, siempre con sujeción a la vigencia de la póliza siempre y cuando el asegurado este al día en el pago de sus primas.

#### VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El valor asegurado individual para los amparos básico de Vida, Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente y enfermedades graves cubiertas por la póliza, corresponden al saldo insoluto de la deuda (capital no pagado, intereses corrientes y de mora), el capital no pagado es el que el asegurado acumule en uno o varios préstamos. Para efectos de este seguro, se entiende por saldo insoluto el capital no pagado a la fecha del fallecimiento del asegurado o de aceptación por parte de la Aseguradora de la Incapacidad Total y Permanente y cuando se diagnostique una enfermedad grave cubierta por la póliza.

## **LÍMITE MÁXIMO INDIVIDUAL POR DEUDOR**

El límite máximo individual por deudor, sumado en uno o varios créditos será \$4.500.000.000 **(CUATRO MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS)**

## **DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS**

### **Muerte Por Cualquier Causa**

La cobertura es muerte por cualquier causa, razón por la cual desde la fecha de iniciación de amparo individual se cubre:

Muerte por causas natural o accidental

Homicidio.

Suicidio

VIH

Desaparición forzosa, en este último caso en los términos establecidos por la Ley Colombiana.

### **Incapacidad Total Y Permanente / Desmembración**

Incluyendo la ocasionada por el asegurado así como el intento de suicidio, homicidio y actos terroristas. Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando amparado bajo el presente anexo que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya permanecido por un periodo continuo no menor a 120 días y esté determinada por una de las siguientes entidades: ARL, Colpensiones, Compañías de Seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia, EPS, Juntas regionales de calificación o la Junta Nacional de calificación de invalidez, o por parte de organismos debidamente facultados por la ley que califiquen regímenes especiales, donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida igual o superior al 75% de su capacidad laboral.

Para efectos de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente se entenderá como fecha de siniestro, la fecha de estructuración de la invalidez consignada en el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral emitido por el ente calificador debidamente autorizado por la ley.

Para efectos del pago del siniestro, se tendrá en cuenta el saldo a la fecha de la estructuración de la Incapacidad Total y Permanente.

### **Enfermedades Graves**

La Aseguradora indemnizará la "Enfermedad Grave" que sufra alguna de las personas deudoras del Banco. Para efectos de este anexo, se entenderá como enfermedad grave, el hecho que durante la vigencia de éste, le sea diagnosticada por primera vez al asegurado cualquiera de las siguientes enfermedades:

1. Cáncer
2. Infarto al Miocardio
3. Insuficiencia renal
4. Esclerosis Múltiple
5. Accidente Cerebro Vascular definitivo
6. Afección de Arteria que exija cirugía durante la vigencia del anexo.
7. Gran Quemado: Quemadura de segundo grado profundo o tercer grado que comprometa más del 18% de superficie corporal total, área especial, o con: - Quemadura respiratoria - Quemadura por alta tensión - Politraumatismo - Patologías graves asociadas - Quemaduras intermedias o profundas complejas, de cabeza, manos, pies o región perineal.
8. Enfermedad de Alzheimer: Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.
9. Enfermedad de Parkinson: Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas). La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Actividades de la vida diaria: Se consideran: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/ beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar

postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

La indemnización por "Enfermedad Grave" no es acumulable al seguro de vida ni a ningún otro amparo otorgado por la presente póliza; en consecuencia una vez efectuada la indemnización por este anexo, cesará la responsabilidad de la Compañía con este asegurado.

### **AMPARO AUTOMATICO Y REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

El amparo automático aplica desde la fecha de vigencia individual de seguro para nuevos créditos, retanqueos, refinanciaciones y cualquier tipo de operación de cartera, así:

VALORES ASEGURADOS (ACUMULADO EN UNO O VARIOS CREDITOS)	EIDADES DE INGRESO	
	DE 18 AÑOS A 75 AÑOS + 364 DIAS	MAS DE 76 AÑOS
HASTA \$ 275.000.000	(1)	(2)
DE \$275.000.001 HASTA \$ 2.000.000.000	(2)	(3)
DE \$ 2.000.000.001 EN ADELANTE	(3)	

**Nota:** El examen médico, los exámenes de laboratorio, y la solicitud individual de seguro tienen una validez de 6 meses a partir de la realización de los exámenes médicos y el diligenciamiento de la solicitud de seguro. Superado este tiempo el deudor deberá cumplir nuevamente con requisitos.

1. Amparo Automático sin requisitos de asegurabilidad, es decir, se cubren preexistencias.
2. Amparo Automático con declaración de asegurabilidad y buen estado de salud. Si presenta una enfermedad diferente a hipertensión controlada o diabetes mellitus controlada, se debe realizar examen médico, parcial de orina y electrocardiograma. Se requiere autorización de la Aseguradora.
3. Declaración de Asegurabilidad. Examen médico, parcial de orina, electrocardiograma, HIV, Cuadro hemático, glicemia, creatinina, uricemia,

triglicéridos, Colesterol, HDL, transaminasas, VGS y antígeno prostático para mayores de 55 años. Se requiere autorización de la Aseguradora.

Se entiende que el amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura sin requisitos de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independiente a que luego por efecto de los intereses y/o inflación, crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad, se efectuará con respecto al valor del crédito en el momento del desembolso.

Con sujeción a lo indicado en las condiciones de Amparo Automático y Requisitos de Asegurabilidad, una vez aprobado el ingreso de una persona cuyo valor asegurado opere bajo cupo de crédito desembolsado en una o varias operaciones, no será preciso someter al Asegurado nuevamente a aprobación por parte de la Aseguradora durante el tiempo de vigencia de la póliza, siempre que el saldo adeudado no supere el cupo aprobado.

La Aseguradora definirá la aceptación o rechazo para los excesos del amparo automático dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad por parte del solicitante del crédito.

Para todo deudor que por condiciones de salud, ocupación u otros factores de agravación del riesgo requieran someterse a otros requisitos de asegurabilidad, el plazo será de dos (2) días hábiles adicionales.

En caso que la Aseguradora, después de este plazo no haya emitido algún pronunciamiento, se considera amparado el riesgo de acuerdo con las condiciones de la póliza.

### EXTRAPRIMAS AUTOMÁTICAS

VALOR ASEGURADO	ESTADO DE SALUD	ENTRE 18 Y 75 AÑOS MAS 364 DÍAS	MÁS DE 76 AÑOS
HASTA 1.300.000.000	BUENO	ver requisitos de asegurabilidad	25% de Extraprima
HASTA 1.300.000.000	Declaren Hipertensión Controlada o Diabetes Mellitus	Extraprimas *Hipertensión Controlada 25% *Diabetes Mellitus 50%	Extraprimas *Hipertensión Controlada 50% *Diabetes Mellitus 75%

## **Observaciones**

La aplicación de las extraprimas automáticas debe estar asociada a una sola enfermedad.

Las extraprimas aplican igualmente para los amparos adicionales.

Cuando se asocien 2 patologías, se deberá consultar con el médico.

## **Patologías declaradas que no requieren exámenes ni aplicación de extraprimas.**

Los clientes en la declaración de asegurabilidad, declaren padecer alguna de las siguientes patologías, no requerirán exámenes, ni cobro de extraprimas:

Bronquitis controlada

Operación de cataratas

Enfermedad diarreica aguda (Gastroenteritis virales o bacterianas)

Antecedente de Apendicetomía ó Colectectomía.

Rinitis, Sinusitis

Miopía, presbicia, hipermetropía

Cistitis controlada

Gripa, faringitis, otitis, amigdalitis

## **EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

### **Amparos de Vida:**

Mínima de ingreso: 18 años

Máxima de ingreso: Ilimitada.

Permanencia: ilimitada (Hasta terminar la deuda)

### **Amparo de Incapacidad total y permanente y Amparo de Enfermedades Graves:**

Mínima de ingreso: 18 años

Máxima de ingreso: Hasta el día que cumpla 70 años más 364 días.

Permanencia: Ilimitada. (Hasta terminar la deuda)

## **CLAUSULAS ADICIONALES**

### **Ampliación plazo aviso de siniestro 90 días.**

#### **Errores e inexactitudes no intencionales:**

Se limita a errores operativos del Tomador en el reporte de los deudores asegurados en la base de datos

#### **Revocación de la póliza y de amparos adicionales:**

La póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento, de conformidad con lo indicado en el Código de Comercio. Esta condición tendrá igual validez para la Aseguradora, en relación con los amparos de Incapacidad Total y Permanente y Enfermedades Graves, para lo cual deberá dar aviso por escrito al tomador sobre esta determinación con una anticipación no menor de noventa (90) días.

#### **Plazo para definición de la indemnización:**

Seguros de Vida Alfa definirá la indemnización (pago u objeción) a que está obligada por la póliza y sus amparos adicionales si los hubiere, dentro de los tres (3) días calendarios contados a partir de la fecha en que el tomador, asegurado o beneficiario acredite su derecho ante la Aseguradora.

Para cumplir con estos tiempos de respuesta, es necesario que toda la documentación solicitada para el pago de siniestros se entregue completa a la aseguradora, vencido este plazo y siempre que hubiere lugar al reconocimiento del pago, la Aseguradora reconocerá al Tomador la tasa de interés moratoria de acuerdo con lo estipulado por la ley para estos efectos.

#### **Prescripción de Acciones:**

Teniendo en cuenta que el Banco como primer Beneficiario del seguro, se constituye como interesado, la prescripción ordinaria de acciones contemplada en el Art.1081 del Código de Comercio, se aplicará a partir de la fecha en que el Banco tenga conocimiento del siniestro.

#### **Principio de Causalidad:**

En caso de inexactitud o reticencia del asegurado, la Aseguradora solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del código de comercio y concordantes, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la

reticencia o inexactitud en que incurrió el asegurado.

**Desembolsos Automáticos:**

Sin perjuicio de las condiciones de la póliza, se otorga cobertura en el evento en que el Banco haya realizado desembolsos automáticos a la cuenta de los clientes, desconociendo el fallecimiento del mismo y habiendo trasladado el pago de prima del seguro correspondiente a la Aseguradora, siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la fecha del desembolso y la fecha del inicio del crédito no sea superior a 60 días calendario y la suma asegurada no sea superior a \$ 275.000.000. **(DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES)**

**Plazo para pago de la prima:**

El tomador pagará la prima dentro de los 60 días contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de cada periodo en la cuenta designada por la Aseguradora. Para el efecto el tomador suministrará a la Aseguradora, dentro de los veinte (20) días posteriores a la finalización de cada mes, el listado de asegurados indicado en la condición de Amparo Automático.

**Reporte a la Aseguradora:**

Dentro de los veinte (20) días posteriores a la terminación de cada mes, el tomador deberá reportar a la Aseguradora mediante listado la relación mensual de asegurados del mes inmediatamente anterior totalizada por sucursal del Banco, indicando para cada asegurado nombre completo, número de cédula, valor del desembolso, saldo insoluto de la deuda, especificando cuál de los dos valores es el que corresponde al valor asegurado, línea de crédito, fecha de nacimiento, edad y prima correspondiente.

**CONDICIONES ECONÓMICAS**

**Ver Anexo**

**Otros seguros Banco Bogotá**

**Sobregiros:** Más que una protección, esta es una facilidad que la Aseguradora está en capacidad de otorgar a los deudores del Banco por concepto de sobregiros, siempre que su monto no supere los \$20.000.000 mensuales. Para obtener la prima mensual, se deberá aplicar la tasa mensual por mil que corresponda al valor total del saldo por sobregiros del mes. Con el fin de obtener el valor mensual de los sobregiros a los que

hacemos referencia para el cálculo de la prima mensual, dentro de los veinte (20) días posteriores al vencimiento de cada mes, el tomador deberá reportar a la Aseguradora mediante listado, la relación mensual de asegurados por concepto de sobregiro del mes inmediatamente anterior, totalizada por la Sucursal del banco, indicando para cada asegurado nombre completo, valor del sobregiro, fecha de inicio, fecha fin del sobregiro y prima correspondiente. Las condiciones no estipuladas expresamente en esta póliza se mantendrán vigentes de conformidad con las políticas y condiciones de la póliza de Vida Grupo Deudores de la Aseguradora.

**Moneda Extranjera:** Al igual que en caso anterior, más que una protección, esta es una facilidad que las aseguradoras están en capacidad de otorgar a los deudores bajo los amparos básico de Vida e Incapacidad Total y permanente por Enfermedad o Accidente y Enfermedades Graves. Por consiguiente a créditos bajo esta modalidad, aplican los términos y condiciones presentados en nuestra oferta. Para obtener la prima mensual, se deberá aplicar la tasa mensual por mil que corresponda, al valor total del saldo de la deuda en moneda Extranjera (Cobro sobre saldos expresado en pesos colombianos a la fecha del último día del mes. Con el fin de obtener mensualmente el valor del saldo de la deuda expresado en pesos colombianos por concepto de moneda Extranjera, a fin de obtener el valor de la prima mensual, dentro de los veinte (20) días posteriores al vencimiento de cada mes, el Tomador deberá reportar a la Aseguradora mediante listado, la relación mensual de asegurados en Moneda Extranjera durante el mes inmediatamente anterior, totalizada por Sucursal del Banco, indicando para cada asegurado nombre completo, saldo insoluto de la deuda expresado en pesos colombianos y prima correspondiente.

Para efectos de liquidación de la prima mensual correspondiente deberá tenerse en cuenta que el valor del saldo insoluto de la deuda en pesos se obtendrá aplicando al valor del saldo de la deuda expresado en moneda extranjera, el valor del tipo de cambio a la fecha en que se hace el reporte. Tratándose del pago de indemnizaciones, el cálculo del valor a indemnizar se efectuará con base en el tipo de cambio a la fecha en que se efectuó el pago.

## **DOCUMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS**

Los siguientes serán los documentos que se deben aportar digitalizados para el trámite de reclamación bajo esta póliza:

**Muerte:**

- \* Fotocopia autenticada del registro civil de defunción.
- \* Fotocopia autenticada de la cedula ciudadanía.
- \* Fotocopia legible de la historia clínica completa para los casos en que se supere el amparo automático.
- \* Certificado del banco en donde relacione el nombre, número de cédula y el valor aprobado, fecha de desembolso, oficina, saldo insoluto a la fecha del fallecimiento del asegurado, línea, plazo y numero de crédito. Indicar si hay derecho a excedente o no.
- \* En caso de Muerte Accidental: Adicional a lo anterior, acta de levantamiento del cadáver o necropsia o informe de la autoridad de transito correspondiente.

**Incapacidad Total y Permanente:**

- \* Fotocopia autenticada de la cedula ciudadanía
- \* Fotocopia legible de la historia clínica completa para los casos en que se supere el amparo automático.
- \* Dictamen de Incapacidad Total y Permanente certificado por: ARL, COLPENSIONES, compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia, EPS, Juntas regionales o Nacional de calificación de invalidez, o por parte de organismos debidamente facultado por la ley que califiquen regímenes especiales.
- \* Certificado del banco en donde relacione el nombre, número de cédula y el valor aprobado, fecha de desembolso, oficina, saldo insoluto a la fecha de aceptación del dictamen por parte de la aseguradora, línea, plazo y numero de crédito. Indicar si hay derecho a excedente o no.

**Enfermedades Graves:**

- \* Fotocopia autenticada de la cedula ciudadanía.
- \* Fotocopia simple de historia clínica completa con el diagnóstico de la enfermedad que permite establecer la existencia de la misma, tiempo estimado del padecimiento, fecha de diagnóstico y tratamiento requerido.
- \* Certificado del banco en donde relacione el nombre, número de cédula y el valor aprobado, fecha de desembolso, oficina, saldo insoluto a la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave, línea, plazo y número de crédito. Indicar si hay derecho a excedente o no.

Seguros de Vida Alfa S.A. se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales, para el pago de la indemnización en los casos que considere necesario.

Todos los demás términos y condiciones generales de la póliza no modificados por el presente documento continúan en vigor.

Para constancia se firma en Bogotá, a Veintisiete (27) día del mes de diciembre del 2018.

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

**EL TOMADOR**

*Manuela José Parra*

Firma Autorizada

Firma Autorizada



**seguros de vida alfa s.a**

**ANEXO  
PÓLIZA GRD-460**

**Circulación Restringida - Manejo y Uso Confidencial**

## CONDICIONES ECONÓMICAS

VIGENCIA: DESDE LAS 00:00 HORAS DEL 30-09-2018 HASTA LAS 24:00 HORAS DEL 31-12-2018

**TASA ANUAL** : 7.56 ‰  
(Stock/ créditos antiguos desembolsados  
hasta 30-09-2016)

**TASA MENSUAL** 0.63 ‰

**TASA ANUAL** : 10.64 ‰  
(Nuevos – retanqueos / desembolsados  
a partir de 01-10-2016)

**TASA MENSUAL** 0.88 ‰



seguros de vida alfa s.a

## GESTION DE RECAUDO CON IVA

Teniendo en cuenta que el BANCO DE BOGOTA realizará la gestión del recaudo de primas, Seguros de Vida Alfa S.A. le reconocerá una remuneración (Stock/retanqueos) del 46.98%, incluido todos los impuestos que se generen por dicho concepto, aplicable sobre el valor total de las primas recaudadas mensualmente.

Para constancia se firma en Bogotá, a Veintisiete (27) día del mes de diciembre del 2018.

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

**EL TOMADOR**

Firma Autorizada

Firma Autorizada

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**  
**PÓLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO**

**SECCION I**

**AMPAROS**

**1. AMPARO BÁSICO**

CUBRE EL RIESGO DE MUERTE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, CAUSADA DENTRO LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

**2. AMPAROS OPCIONALES**

ESTA PÓLIZA, ADEMÁS INCLUYE LOS SIGUIENTES AMPAROS OPCIONALES CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA U OTROS QUE SE PACTEN EN CONDICIONES PARTICULARES.

- 2.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.
- 2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
- 2.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.
- 2.4. ENFERMEDADES GRAVES O TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES
- 2.5. AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS.
- 2.6. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.
- 2.7. AUXILIO POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE SUPERIOR A 30 DÍAS.
- 2.8. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.
- 2.9. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- 2.10. AUXILIO DE CANASTA POR 12 MESES
- 2.11. AUXILIO PARA EDUCACIÓN POR 12 MESES
- 2.12. CUIDADOS PROLONGADOS POR IMPEDIMENTO FÍSICO POR

- ACCIDENTE O ENFERMEDAD HASTA POR 12 MESES
- 2.13. BENEFICIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA.
- 2.14. REMBOLSO DE GASTOS HOSPITALARIOS POR NACIMIENTO DE UN HIJO.

**EXCLUSIONES**

**3. EXCLUSIONES AMPARO BÁSICO**

SIN PERJUICIO DE LO QUE SE PACTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EN LA MODALIDAD DE VIDA GRUPO DEUDORES, EL SUICIDIO DENTRO DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO, SALVO QUE EL ASEGURADO SEA VICTIMA DEL DELITO DE SECUESTRO.

MUERTE DERIVADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SI ESTA NO HA SIDO DECLARADA Y AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.

**4. EXCLUSIONES DE AMPAROS OPCIONALES**

SIN PERJUICIO DE LO QUE SE PACTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES SE EXCLUYE:

**4.1. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

4.1.1. CUANDO EL HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE GENERÓ LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A

LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE AMPARO.

4.1.2. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

4.1.3. CUANDO LOS TRAMITES DE LA CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYAN INICIADO CON 12 MESES O MENOS DE ANTELACIÓN AL INICIO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

#### **4.2. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN**

4.2.1. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO.

4.2.2. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL (DECLARADA O SIN DECLARAR), INVASIONES, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS Y HOSTILIDADES, HUELGAS, MOTINES, ALBOROTOS, A MENOS QUE ESTOS ÚLTIMOS TENGAN SU ORIGEN EN EL ACCIDENTE MISMO, LEVANTAMIENTO MILITAR, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, PODER MILITAR O USURPADO.

4.2.3. HOMICIDIO Y LESIONES EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES, SALVO QUE EL BENEFICIARIO PRESENTE FALLO DE AUTORIDAD COMPETENTE QUE CALIFIQUE EL HECHO COMO HOMICIDIO O LESIONES CULPOSAS, O LESIONES O MUERTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO U HOMICIDIO EN CASO DE HURTO SIMPLE O CALIFICADO.

4.2.4. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y

AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

4.2.5. CARRERAS AUTOMOVILÍSTICAS, RALLIES Y SIMILARES.

4.2.6. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

4.2.7. REACCIONES O RADIACIÓN NUCLEAR, INDEPENDIENTEMENTE COMO SE HAYA GENERADO.

4.2.8. TRIPULANTES DE BARCOS Y AERONAVES.

4.2.9. EQUIPOS DE DEPORTISTAS PROFESIONALES.

4.2.10. SINIESTROS OCASIONADOS COMO CONSECUENCIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA ATÓMICA.

#### **4.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES O TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES**

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO SI LA ENFERMEDAD QUE PADECE Y SE DIAGNOSTICA AL ASEGURADO, ES CONSECUENCIA DE O ESTÁ EN CONEXIÓN CON:

4.3.1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL Y COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA

EJERCER LA PROFESIÓN, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE DICHS SÍNDROMES.

4.3.2. LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL VIH CON PRUEBA CONFIRMATORIA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE DICHS SÍNDROMES.

4.3.3. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MEDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

4.3.4. EN LO QUE SE REFIERE A ACCIDENTES CEREBRO-VASCULARES, CUANDO SEAN ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.

4.3.5. CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA, O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO POR LA MISMA, ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

4.3.6. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA ARTERIAL. ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LASER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

4.3.7. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA; EL CÁNCER DE PIEL; TUMORES CON OCASIÓN DEL VIH, O TODO TIPO DE TUMORES QUE SEAN DESCRITOS EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO PRE MALIGNOS O QUE SE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL

O TUMORES MALIGNOS SIN EVIDENCIA DE METÁSTASIS A OTROS ÓRGANOS O A GANGLIOS LINFÁTICOS, LOS CUALES DEBEN SER DEMOSTRADOS CON EL RESULTADO DE ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA QUE CERTIFIQUE DICHA INVASIÓN. SALVO QUE EN CONDICIÓN PARTICULAR SE ESTABLEZCA LO CONTRARIO.

#### **4.4. EXCLUSIONES AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS**

4.4.1. EN LA MODALIDAD DE GRUPO DEUDORES, EL SUICIDIO DENTRO DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO, SALVO QUE EL ASEGURADO SEA VÍCTIMA DEL DELITO DE SECUESTRO.

4.4.2. MUERTE DERIVADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SI ESTA NO HA SIDO DECLARADA O AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA.

#### **4.5. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

4.5.1. LESIONES CAUSADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO

4.5.2. ENFERMEDADES PSÍQUICAS O MENTALES DEL ASEGURADO, CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VARICES, TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADOS POR ESTE SEGURO, INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PIOGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).

4.5.3. ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, CONMOCIÓN INTERIOR, ASONADA, ACTOS TERRORISTAS, HUELGA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL.

4.5.4. MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES, EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL

4.5.5. EL USO DE CUALQUIER NAVE AÉREA EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.

4.5.6. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL EN EL PAÍS DE SU REGISTRO.

4.5.7. TERREMOTOS, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, MAREJADAS O CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

4.5.8. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS, DROGAS TOXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MEDICA.

4.5.9. CIRUGÍA ESTÉTICA PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO.

**4.6. EXCLUSIONES POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE SUPERIOR A 30 DÍAS Y CUIDADOS PROLONGADOS POR IMPEDIMENTO FÍSICO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.**

4.6.1. CUANDO EL HECHO O CIRCUNSTANCIA QUE GENERÓ LA

INCAPACIDAD, SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE AMPARO.

4.6.2. CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

**4.7. EXCLUSIONES AUXILIO DE CANASTA POR 12 MESES Y AUXILIO PARA EDUCACIÓN POR 12 MESES.**

4.7.1. LA MUERTE DERIVADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SI ÉSTA NO HA SIDO DECLARADA O AUTORIZADA POR LA COMPAÑÍA

**4.8. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, BENEFICIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA Y REEMBOLSO DE GASTOS HOSPITALARIOS POR NACIMIENTO DE UN HIJO**

4.8.1. HOSPITALIZACIÓN COMO RESULTADO DE UNA INFECCIÓN PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA (VIH) O VARIANTES, INCLUYENDO EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS.

4.8.2. HOSPITALIZACIÓN PARA CHEQUEOS MÉDICOS DE RUTINA U OTROS EXÁMENES PREVIOS A LOS CUALES NO EXISTA INDICACIONES DE TRASTORNOS DE SALUD.

4.8.3. HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS DESCRITOS EN LAS CONDICIONES DE ÉSTA PÓLIZA O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO

AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

4.8.4. EVENTOS ORIGINADOS EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS, TRATAMIENTOS DE BELLEZA, O CIRUGÍAS CON FINES ESTÉTICOS O DE EMBELLECIMIENTO.

4.8.5. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL DECLARADA O SIN DECLARAR, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS O ACCIONES PROVENIENTES DE CUALQUIER GRUPO AL MARGEN DE LA LEY O EN GENERAL, CONMOCIONES POPULARES DE CUALQUIER CLASE.

4.8.6. LESIONES AUTO INFLIGIDAS O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO.

4.8.7. PRÁCTICAS, ENTRENAMIENTOS O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑA, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, DEPORTES PROFESIONALES.

4.8.8. VIAJAR COMO PILOTO O TRIPULANTE DE NAVES AÉREAS, INCLUYENDO HELICÓPTEROS.

4.8.9. ENCONTRARSE EL ASEGURADO VOLUNTARIAMENTE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.

4.8.10. TRATAMIENTOS POR DESEQUILIBRIOS MENTALES O CURAS DE REPOSO.

4.8.11. HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL.

4.8.12. CONDICIONES MÉDICAS PREXISTENTES A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO.

4.8.13. EXAMEN O PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO (ENDOSCOPIA, BIOPSIAS, CATETERISMO) Y TODO PROCEDIMIENTO, QUIRÚRGICO O NO, TERAPÉUTICO O NO, QUE SE REALICE CON ANESTESIA LOCAL, SALVO QUE EN CONDICIÓN PARTICULAR SE ESTABLEZCA LO CONTRARIO.

## 5. DEFINICIÓN Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES

### 5.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se ampara la incapacidad total y permanente, sufrida por el asegurado como consecuencia de una lesión o enfermedad que haya sido ocasionada y se manifieste por primera vez estando asegurado bajo el presente amparo o sus renovaciones, y que tenga como consecuencia una pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50%, siempre y cuando esta incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días, y este determinada por una de las siguientes entidades: ARL, Colpensiones, compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia, EPS, Juntas Regionales de Calificación o la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, o por parte de organismos debidamente facultado por la ley que califiquen regímenes especiales

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal: a) la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, b) la pérdida de ambas manos o ambos pies, c) la pérdida de toda una mano y de todo un pie, d) la pérdida total del habla o la pérdida total de la audición por ambos oídos.

Para los efectos de este amparo, las pérdidas anteriores se definen así:

- De las manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.

- De los pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibio tarsiana.
- De los ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.
- De la audición: pérdida total o irreparable de la audición por ambos oídos.
- Del habla: pérdida total e irreparable de la función del habla.

La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable al seguro de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado.

Este amparo no es acumulable con el de enfermedades graves y cualquier indemnización pagada por esta última, reducirá la suma asegurada para el amparo de incapacidad total y permanente.

La fecha del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la estructuración de la incapacidad.

Los beneficios concedidos por el presente amparo terminarán para cualquiera de las personas amparadas al vencimiento de la anualidad más próxima en que el asegurado cumpla la edad de permanencia establecida.

## 5.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Salvo las exclusiones que se indican anteriormente, el presente amparo indemnizará el valor asegurado contratado, a los beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales, una vez se acredite que durante la vigencia de la póliza, el asegurado ha perdido accidentalmente la vida, como consecuencia única, exclusiva y directa, de lesiones físicas sufridas en un accidente amparado por la póliza.

Para efectos de éste amparo se entiende por accidente todo hecho súbito, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que le cause la muerte de manera instantánea, o dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguiente a la fecha del accidente.

## 5.3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Cubre la pérdida de miembros, órganos o facultades sufridas por el asegurado, descritas en la tabla de indemnizaciones que adelante se estipula, siempre que tales pérdidas sean comprobables mediante dictamen médico, se produzca como consecuencia directa de un accidente amparado por la presente póliza y se manifieste dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su ocurrencia.

### TABLA DE INDEMNIZACIONES

RIESGOS AMPARADOS	SUMA INDEMNIZABLE
Enfermedad mental con repercusiones severas en las funciones mentales superiores	100% de la suma asegurada
Enajenación mental incurable con inhabilidad funcional absoluta.	100% de la suma asegurada
Parálisis total o cuadriplejía	100% de la suma asegurada

<b>RIESGOS AMPARADOS</b>	<b>SUMA INDEMNIZABLE</b>
Pérdida o inutilización total de ambos brazos o de ambas piernas, o de ambas manos o de ambos pies, o de un brazo y una pierna o de una mano y un pie.	100% de la suma asegurada
Pérdida completa de la visión de un ojo, junto con la pérdida de una mano dominante o de un pie.	100% de la suma asegurada
Pérdida de la visión de un ojo o la audición de un oído.	50% de la suma asegurada
Pérdida total de un brazo o de una mano.	50% de la suma asegurada
Pérdida de un dedo pulgar de la mano dominante	25% de la suma asegurada
Pérdida completa de cada uno de los dedos de la mano excepto el pulgar.	15% de la suma asegurada
Pérdida completa de la función del hombro - anquilosis.	25% de la suma asegurada
Pérdida completa de la función de la muñeca o del codo, anquilosis en articulación.	20% de la suma asegurada
Pérdida por amputación o la inutilización de una pierna por encima de la rodilla.	50% de la suma asegurada
Pérdida por amputación o la inutilización de una pierna por debajo del nivel de la rodilla o de un pie.	40% de la suma asegurada
Pérdida por amputación o la inutilización de uno cualquiera de los dedos del pie.	5% de la suma asegurada
Pérdida completa de la función del uso de la cadera, anquilosis de la cadera.	30% de la suma asegurada

<b>RIESGOS AMPARADOS</b>	<b>SUMA INDEMNIZABLE</b>
Pérdida completa de la función del uso del tobillo, anquilosis del tobillo	15% de la suma asegurada
Pérdida completa de la función del uso de la rodilla	20% de la suma asegurada
Fractura no consolidada de una pierna al cabo de 18 meses.	30% de la suma asegurada
Fractura no consolidada de una rodilla (rótula o de un pie) al cabo de 18 meses.	20% de la suma asegurada

Para los efectos de esta condición, las pérdidas anteriores se definen así:

- De las manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.
- De los pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibio tarsiana.
- De los ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

Para efectos de éste amparo se entiende por accidente todo hecho súbito, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que le cause la muerte o lesiones corporales evidenciadas Por contusiones o heridas externas o internas medicamente comprobadas.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder la suma asegurada individual.

Este amparo continuará en vigor en el caso de fallecimiento por accidente, por la diferencia.

Entre la suma asegurada individual y las indemnizaciones ya pagadas.

En todos los casos se entiende también por pérdida la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

#### **5.4. ENFERMEDADES GRAVES O TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.**

Salvo las exclusiones indicadas anteriormente, la compañía pagará al asegurado el valor asegurado contratado, si durante la vigencia del amparo, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de cualquiera de las siguientes enfermedades:

Cáncer, accidente cerebro-vascular o apoplejía, insuficiencia renal crónica, infarto al miocardio, afección de arteria coronaria que exija cirugía, trasplante de órganos vitales, esclerosis múltiple, gran quemado u otras enfermedades que se pacten en condiciones particulares.

Para todos los efectos del presente amparo, las afecciones citadas quedan definidas así:

---

**5.4.1. CÁNCER:** presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido.

Esta definición incluye también: leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático tales como la enfermedad de hodgkin. El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmada por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer.

**5.4.2. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR O APOPLEJÍA:** suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto del tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá registrar un déficit neurológico.

**5.4.3. INSUFICIENCIA RENAL:** la falla total, crónica e irreversible, de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente o trasplante renal.

**5.4.4. INFARTO AL MIOCARDIO:** muerte de una parte del músculo cardíaco a consecuencia del abastecimiento sanguíneo inadecuado, tratado en un centro hospitalario, cuyo diagnóstico debe ser confirmado mediante:

- Historia de dolor torácico típico,
- Alteraciones nuevas en el electrocardiograma confirmatorias.
- Elevación de las enzimas cardíacas.

**5.4.5. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA:**

haberse sometido a cirugía cardíaca para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de bypass; en el caso de personas con la limitación de síntomas aginales, la necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada por una angiografía coronaria.

**5.4.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES:**

como consecuencia del diagnóstico médico se efectúe un procedimiento de trasplante de corazón, pulmón, hígado, riñón, medula ósea, páncreas, intestino delgado. El beneficio cubre únicamente al receptor y no al donante.

**5.4.7. ESCLEROSIS MÚLTIPLE:**

enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes. Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos atrofiados del cerebro o de la médula espinal manifestada por parálisis parcial o completa, parestesia, y/o neuritis óptica.

El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro-espinal; un episodio anterior o un episodio único de esta enfermedad no demuestra una esclerosis múltiple, para efectos de esta definición.

**5.4.7.1. GRAN QUEMADO:** se indemnizará a pacientes asegurados con quemaduras mayores al 30% de extensión y pacientes con quemaduras de segundo grado en cara, pies, manos y/o periné.

---

El beneficio se aplica solamente a las enfermedades graves definidas anteriormente o en condición particular cuando éstas sean diagnosticadas por primera vez habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la iniciación de la vigencia del presente

amparo, salvo que en condición particular se establezcan días diferentes.

La suma que la compañía pagará por concepto del presente amparo en caso de enfermedad grave, será igual al 50% del valor asegurado individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo en el amparo básico de vida salvo que en condición particular se establezca un porcentaje diferente; la indemnización que la compañía pague al asegurado en virtud del presente amparo, constituye un avance de la suma asegurada para el amparo básico del seguro de vida y para el amparo opcional de incapacidad total y permanente.

Si así se manifiesta en condición particular, la suma asegurada del amparo básico de vida y el amparo opcional de incapacidad total y permanente se restablecerá al ciento por ciento (100%) a la renovación de la presente póliza de vida grupo, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 180 días después de la fecha en que se determinó el diagnóstico de la enfermedad grave o afección amparada.

En cualquier caso, el restablecimiento de la suma asegurada no será realizado antes de 180 días contados desde la fecha en que se diagnostique alguna de las enfermedades o afecciones amparadas y definidas en este amparo.

La indemnización por enfermedad grave no es acumulable al seguro de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente amparo, dicha suma será deducida del valor asegurado que pueda corresponder por el básico; en consecuencia, cuando se pague cualquier suma como indemnización por el amparo de enfermedades graves, el valor asegurado del amparo básico se reducirá en ese mismo monto.

Si la póliza a la cual se incluye este amparo, contiene además el de incapacidad total y permanente y en virtud de él la compañía, ha efectuado algún pago, éste será deducido del que pueda corresponderle al presente amparo.

Salvo que en condición particular se establezca lo contrario, el porcentaje de anticipo señalado para la cobertura de enfermedades graves o trasplante de órganos vitales, afectará directamente el valor asegurado en el amparo básico de vida e incapacidad total y permanente, que se reducirán en esa misma proporción, al momento del diagnóstico de la enfermedad. En caso de presentarse una reclamación posterior por una cobertura del amparo básico, la indemnización se hará con base en el remanente.

Para que la compañía pague la indemnización correspondiente al presente amparo, el asegurado debe presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia del hecho cubierto.

No se indemnizará ningún importe cubierto por este beneficio antes de haber recibido por parte del asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias para la compañía de la ocurrencia de la enfermedad grave en cuestión, prueba que deberá incluir el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado por la compañía para tal efecto, y cuyo diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

La compañía pagará la indemnización a que está obligada por el presente amparo, dentro del término legal, para lo cual podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente amparo, con el fin de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas presentadas por el asegurado.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al asegurado y en el evento que éste no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud, el pago se hará a los beneficiarios del seguro de vida o en su defecto a los beneficiarios de ley.

El asegurado que reciba cualquier pago bajo el presente amparo, quedará automáticamente excluido de él y no podrá ser reincorporado en la cobertura de Enfermedades Graves. Ello quiere decir, que si el asegurado reclama por alguna de las enfermedades anunciadas en este amparo adicional, agotara la protección, no pudiendo reclamar por ninguna de las restantes enfermedades.

#### **5.5. AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS**

Salvo las exclusiones que se indican anteriormente, el presente amparo cubre los gastos funerarios hasta la concurrencia del valor asegurado, ocasionados como consecuencia del fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas por el presente amparo.

La compañía pagará la suma asegurada contratada bajo este amparo, como auxilio por los servicios funerarios ocasionados por el fallecimiento de cualquiera de las personas aseguradas.

Este amparo se indemnizará simultáneamente con el amparo básico de vida.

Se entenderá por gastos funerarios, los siguientes: caja mortuoria, derechos de funeraria, avisos de prensa, exequias, carroza mortuoria, derechos de bóveda, lote en el cementerio o gastos de incineración.

Al fallecimiento del asegurado, la compañía pagará a los beneficiarios designados o en su defecto a los beneficiarios legales la suma asegurada para este amparo.

Este amparo quedará revocado en los siguientes casos:

- Cuando el tomador lo solicite por escrito.
- La compañía podrá en cualquier tiempo revocar este amparo mediante aviso escrito dado al tomador o asegurado

enviado a su última dirección conocida, con diez (10) días hábiles de anticipación a partir de la fecha del envío. En este caso la devolución a que hubiere lugar, se hará a prorrata.

#### **5.6. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.**

Salvo las exclusiones que se indicaron anteriormente, se entiende por incapacidad total temporal, la sufrida por un asegurado(a), trabajador(a) independiente o con vínculo laboral, como consecuencia de un accidente o una enfermedad, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de manera temporal y por no menos de treinta (30) días continuos, le impidan desarrollar las actividades propias de las cuales deriva su sustento o ganancia.

Dicha incapacidad, que no debe haber sido provocada intencionalmente por el asegurado, deberá ser certificada por escrito, por el (los) médicos de la entidad promotora de salud (E.P.S.) A la cual se encuentra adscrito, de acuerdo con lo establecido para tal efecto en la ley 100 de 1993 y los decretos que la reglamentan o adicionan.

La aseguradora reconocerá al tomador el valor de las cuotas mensuales corrientes del crédito, mientras el deudor se encuentre incapacitado en forma total y temporalmente para desarrollar sus labores generadoras de ingreso, hasta por un período no mayor de seis (6) meses por año de vigencia, salvo que en condición particular se establezca lo contrario.

#### **5.7. AUXILIO POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE SUPERIOR A 30 DIAS**

La compañía indemnizará por una sola vez por vigencia anual, al asegurado la suma pactada, si como consecuencia directa de un accidente, se produce: una incapacidad superior a 30 días, previa confirmación de las evidencias clínicas, soportadas por la institución médica y la certificación de un médico legalmente facultado para ejercer la profesión.

Para efectos de este amparo se entiende por accidente todo hecho súbito, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que le cause la lesión.

#### **5.8. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

Con sujeción a las condiciones contractuales aquí estipuladas, la compañía indemnizará al asegurado el valor contratado, si como consecuencia directa y exclusiva de una enfermedad o un accidente, la persona asegurada es hospitalizada sin exceder de noventa (90) días en clínica u hospital o treinta (30) días hospitalizada en casa, dentro de la vigencia de la póliza. En todo caso el total de días de hospitalización no será en ningún caso superior a noventa (90) días, salvo que en condición particular se establezca lo contrario

Bajo este amparo la compañía, pagará una suma diaria de beneficio por cada día de hospitalización.

El parto normal o quirúrgico está cubierto en el presente amparo, siempre y cuando se haya estado asegurada por un período mínimo y continuo de doscientos setenta (270) días inmediatamente anteriores a la terminación del embarazo. Se reconocerá la suma diaria asegurada pactada, por cada día que la asegurada permanezca hospitalizada, con un máximo de tres (3) días por evento y por vigencia anual de la póliza, salvo que en condición particular se establezca lo contrario.

Parágrafo 1: en el caso de hospitalización en casa o domiciliaria, deberá cumplir los siguientes requisitos:

1. Historia clínica donde se indique la orden de hospitalización en casa por parte del médico y donde se registren todas las visitas que le realizo el hospital o clínica.
2. Tiempo de duración de la hospitalización.
3. Tipo de tratamiento realizado.

**PARÁGRAFO 2:** los accidentes ocurridos o las enfermedades diagnosticadas antes de la fecha de iniciación de la vigencia de la póliza no se encuentran amparados.

#### **5.9. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

La compañía reconocerá como beneficio diario, el valor contratado, durante la permanencia del asegurado en la unidad de cuidados intensivos y sin exceder de diez (10) como resultado de un mismo accidente o enfermedad. Salvo que en condición particular se establezcan días diferentes.

#### **5.10. AUXILIO DE CANASTA POR 12 MESES.**

Según se pacte en condiciones particulares, en el evento de muerte o incapacidad total y permanente, la compañía indemnizará a los beneficiarios o al asegurado según sea el caso, de manera adicional al amparo básico un auxilio por la suma asegurada contratada.

#### **5.11. AUXILIO PARA EDUCACIÓN POR 12 MESES.**

Según se pacte en condiciones particulares, en el evento de muerte e incapacidad total y permanente, la compañía indemnizará a los beneficiarios o al asegurado según sea el caso, de manera adicional al amparo básico el valor contratado durante el tiempo indicado para este amparo, con el fin de contribuir al pago de la educación de los hijos.

En caso que el asegurado no tenga hijos que puedan ser beneficiarios de este amparo, el valor de la indemnización se sumará al valor del amparo de auxilio para alimentación.

#### **5.12. CUIDADOS PROLONGADOS POR IMPEDIMENTO FÍSICO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD HASTA POR 12 MESES**

La compañía indemnizará al asegurado la suma pactada en forma mensual, siempre que no supere los 12 meses y mientras dure este impedimento, si como consecuencia

directa de una enfermedad o accidente, el asegurado se encuentra imposibilitado para llevar a cabo 3 o más de las 6 actividades básicas de la vida diaria, sin la asistencia de otra persona, por causa de un impedimento físico, siempre y cuando la lesión o alteración, persista por un periodo continuo no menor de 120 días.

El presente amparo tiene un período de carencia de 30 días, contados a partir de la iniciación de la vigencia.

Las siguientes 6 funciones son consideradas como las actividades básicas de esta póliza:

- Bañarse: capacidad para lavarse todas las partes del cuerpo utilizando elementos de aseo, ya sea en una ducha o en una bañera, incluyendo la acción de entrar y salir de la bañera o de la ducha.
- Vestirse: capacidad para ponerse o quitarse toda clase de prendas, incluso miembros artificiales y aparatos ortopédicos médicamente necesarios.
- Alimentarse: capacidad de alimentarse ingiriendo comida de un recipiente (plato o taza) o a través de un tubo o sonda enteral.
- Desplazarse: capacidad para meterse en la cama y levantarse de ella, así como para sentarse y levantarse de un asiento o de una silla de ruedas.
- Continencia: capacidad para controlar voluntariamente la función intestinal y urinaria, o la correcta utilización de sistemas alternativos de continencia (catéter o bolsa de colostomía).
- Necesidades corporales/ir al sanitario: capacidad de desplazarse hasta y/o desde el retrete, y de sentarse y levantarse del mismo realizando la correspondiente higiene personal.

#### **5.13. BENEFICIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA**

Código Clausulado  
01/03/2018-1417-P-34-GRU201c-D00I

La compañía indemnizará al asegurado por una sola vez anual la suma asegurada indicada en la solicitud certificado individual de seguro, si como consecuencia directa de una enfermedad o lesión amparada por la póliza, diagnosticada y sufrida durante

La vigencia de la póliza, se debe practicar una cirugía ambulatoria en un centro médico o centro de cirugía que cumpla con los requisitos exigidos para tal fin.

#### **5.14. REMBOLSO DE GASTOS HOSPITALARIOS POR NACIMIENTO DE UN HIJO**

La compañía reembolsará el valor de los gastos hospitalarios, originados por el nacimiento de un hijo y hasta por el valor asegurado señalado en la solicitud, certificado individual de seguro, siempre y cuando el embarazo haya iniciado 2 meses después de haber comenzado la vigencia del seguro.

La indemnización a que haya lugar se pagará por una sola vez y no será acumulativa en caso de encontrarse asegurados los 2 padres.

Código Nota Técnica  
01/01/2018-1417-NT-P-34-VIDAGRUP02017-V2-D00I

## SECCIÓN II

### CONDICIONES GENERALES

Seguros de vida alfa s.a. Que para el presente contrato se llamará "la compañía" en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el "tomador" y a las solicitudes individuales de los asegurados (grupo asegurable), las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada, al ocurrir cualquier hecho cubierto de cualquiera de las personas amparadas, de acuerdo con las condiciones generales de esta póliza.

Igualmente forman parte del contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos, los parámetros técnicos fijados por la superintendencia financiera y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

Esta póliza es renovable anualmente, y estará en vigor por el término de un año contado a partir de la fecha de vigencia, siempre que de acuerdo con las condiciones generales no se revoque o termine antes.

### 6. DEFINICIONES

**6.1. TOMADOR:** es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un número determinado de personas naturales que conforman el grupo asegurable, siendo responsable de todas las obligaciones que como tal le incumben, conforme a la ley, en especial el pago de la prima.

**6.2. LESIÓN:** daño corporal accidental resultante de un hecho externo, violento ocasional o súbito, independientemente de la voluntad del asegurado.

**6.3. ENFERMEDAD:** cualquier alteración de la salud de una persona, resultado de la acción de agente patógeno con relación al

organismo que conduzca a un tratamiento médico y/o quirúrgico

**6.4. ACCIDENTE:** suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo cualquiera de las pérdidas, lesiones corporales o perturbaciones funcionales, verificables mediante dictamen médico.

**6.5. GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE:** se entiende por grupo asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentren amparadas por la presente póliza.

Para efecto del presente contrato son asegurables, las personas naturales, vinculadas en virtud de una situación legal o reglamentaria con una personería jurídica, asociación, sociedad u organización con las cuales tengan relación estable de la misma naturaleza y cuyo vínculo no tenga como relación exclusiva el propósito de celebrar el presente contrato.

**6.6. GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE:** es el grupo familiar conformado por el empleado (asegurado principal), su conyugue o compañero(a) permanente, hijos, hermanos, padres del asegurado principal.

**6.7. PERIODO DE CARENCIA:** corresponde al período mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un siniestro. El período de carencia será el indicado expresamente en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, para aquellos amparos respecto de los cuales se predique.

Código Clausulado:

31/07/2017-1417-P-34-GRU201c

Código Nota Técnica:

31072017-1417-NT-P-34-VIDAGRUP02017-V2

## **6.8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

- Diligenciar y firmar la solicitud o solicitud certificado individual de seguro de vida grupo.
- Cumplir con los requisitos de asegurabilidad que establezca la compañía.

## **6.9. MODALIDADES DEL SEGURO**

- **SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO:** es aquel cuya prima es sufragada, en su totalidad o en parte por los miembros del grupo asegurado.
- **SEGURO DE GRUPO NO CONTRIBUTIVO:** es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el tomador del seguro.
- **SEGURO DE GRUPO DEUDORES:** es aquel cuyo objeto es el de amparar contra el riesgo de muerte y contra el de incapacidad total y permanente si se hubiere contratado, hasta por el saldo insoluto de la deuda, a los deudores de un mismo acreedor (tomador).

**6.10. TRATAMIENTO:** conjunto de medios por los cuales se cura o alivia una enfermedad o una lesión por accidente.

**6.11. MÉDICO:** las personas naturales que cumpliendo los requisitos legales, estén autorizadas para el ejercicio de la medicina en el aérea, clínica quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

**6.12. BENEFICIO:** son las cantidades máximas que por concepto de indemnización reconoce la compañía, de acuerdo con los términos y condiciones que se establezcan en la póliza.

**6.13. UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS:** es el lugar de cuidado especializado en un centro hospitalario, dotado con recursos humanos y equipos especiales donde se presta atención permanente al paciente crítico.

**6.14. HOSPITALIZACIÓN:** es la reclusión en un hospital o clínica como paciente interno, estando el asegurado bajo el cuidado y atención de un médico.

Para efectos del pago indemnizatorio se reconocerá el beneficio diario por hospitalización, a partir de la primera noche de hospitalización, entendiéndose como tal el cambio de fecha entre la entrada y la salida.

**6.15. HOSPITALIZACIÓN EN CASA O DOMICILIARIA :** es aquella que se le da al paciente para que reciba todos los cuidados médicos y tratamientos necesarios bajo la atención de un médico y/o enfermera en su domicilio y así no sea necesaria su estancia en un hospital

**6.16. DIAGNÓSTICO:** es toda identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas manifestados por el paciente, confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas.

**6.17. VALOR ASEGURADO:** son las cantidades máximas que por concepto de indemnización reconoce la compañía, de acuerdo con los términos y condiciones que se establezcan en la póliza.

**6.18. TITULAR ASEGURADO:** funcionario o cliente de la entidad tomadora y su cónyuge que adquieran este producto.

**6.19. PERSONA ASEGURADA:** es el titular asegurado, los familiares elegibles, que se nombran en el certificado individual de seguro con esa calidad.

**6.20. PACIENTE INTERNO:** es la persona asegurada cuyo ingreso en el hospital se hace en calidad de paciente y cuya reclusión es necesaria para el cuidado médico, diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta por esta póliza y no simplemente, para algún tipo de cuidado, convalecencia, rehabilitación o reposo.

**6.21. TRATAMIENTO AMBULATORIO:** es todo procedimiento que no requiere de hospitalización.

**6.22. EVENTO:** comprende todos los tratamiento médicos continuos o discontinuos

que requiera cualquiera de los asegurados, debidos a una misma causa o causa relacionada entre si.

**6.23. PREEXISTENCIA:** enfermedad que haya sido diagnosticada o tratada, o accidente sufrido por el asegurado con anterioridad a la fecha de iniciación de la vigencia de la presente póliza.

**6.24. CIRUGÍA AMBULATORIA:** es todo procedimiento quirúrgico que se realice, sin necesidad de internar el paciente por un periodo mayor de 24 horas.

**6.25. CENTRO MEDICO, HOSPITALARIO O DE CIRUGÍA AMBULATORIA:** establecimiento legalmente registrado y autorizado, que reúna las condiciones exigidas para atender a los enfermos con médicos, enfermeras y anestesistas debidamente licenciados; por lo menos dos salas de cirugía y una sala de recuperación, laboratorio de diagnóstico y salas de radiografías, que le permitan prestar asistencia de emergencias y se encuentren registradas y autorizadas de acuerdo con la legislación del país.

No serán considerados como centros médicos o cirugía ambulatoria, para efectos de la

Presente póliza, las instituciones mentales para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas; los lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, , drogadictos o alcohólicos; los centros de cuidados intermedios; los lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas o de estética. Se considera centro de cirugía ambulatoria, aquellas instituciones donde se practican procedimientos especializados tales como: cirugía refractita, fotocoagulación de retina, procedimientos terapéuticos, otorrinos, ortopédicos, endoscópicos.

**6.26. SALA DE CIRUGÍA:** recinto especialmente dotado de equipos que soporten la vida ubicado en un centro médico o centro de cirugía que cumpla con los requisitos mínimos legales exigidos para tal fin.

**6.27. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** intervención mediante una cirugía que cumpla

con los requisitos mínimos legales exigidos para tal procedimiento, bajo el cuidado y supervisión de un médico que posea licencia permanente y válida para practicar la medicina en Colombia.

## 7. EDADES

Salvo Que En Condición Particular Se Establezca Lo Contrario La Tabla De Edades Mínimas, Máximas Y De Permanencia Para Cada Amparo Son:

AMPARO	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO O HASTA EL DÍA QUE CUMPLA	EDAD DE PERMANENCIA HASTA EL DÍA QUE CUMPLA
MUERTE(BÁSICO )	14	70	80
AUXILIO FUNERARIO	14	70	80
ENFERMEDADES GRAVES O TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES	14	55	65
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE Y	14	65	70
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	14	65	70
AUXILIO PARA ALIMENTACIÓN POR MUERTE Ó INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14	65	70
AUXILIO PARA EDUCACIÓN POR MUERTE Ó INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14	65	70
MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	14	65	70

AMPARO	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO O HASTA EL DÍA QUE CUMPLA	EDAD DE PERMANENCIA HASTA EL DÍA QUE CUMPLA
CUIDADOS PROLONGADOS POR IMPEDIMENTO FÍSICO.	14	65	70
BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN	14	65	70
BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN EN UCI.	14	65	70
BENEFICIO POR CIRUGÍA AMBULATORIA.	14	65	70
AUXILIO POR INCAPACIDAD POR ACCIDENTE SUPERIOR A 30 DÍAS.	14	65	70
REEMBOLSO DE GASTOS HOSPITALARIOS POR NACIMIENTO DE UN HIJO	14	65	70

Cuando así se pacte, en el caso de los hijos y/o hermanos, la edad mínima de ingreso será desde los 6 meses de edad y la máxima de ingreso hasta el día que cumpla 24 años de edad, con permanencia hasta el día que cumpla 25 años de edad.

Para los progenitores la permanencia será hasta el día que cumpla 70 años de edad.

Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas, se calculará aplicando la tasa correspondiente a la edad que se defina en la tarifa.

## 8. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título gratuito o título oneroso, en este último caso deberá ser

nombrado expresamente al suscribir el seguro.

Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a la compañía. El tomador no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni figurar como tal, salvo que sea a título oneroso en los seguros de vida de grupo deudores.

En el evento en que el beneficiario sea a título gratuito y ocurra el fallecimiento del asegurado sin que haya designado beneficiario, o la designación se hiciera ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, o falleciere simultáneamente con el asegurado o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios: el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad. Si el beneficiario es a título oneroso y el asegurado muere simultáneamente con el beneficiario o no se pudiere determinar cuál murió primero, serán beneficiarios del seguro únicamente los herederos del beneficiario.

## 9. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

La suma asegurada por cada persona amparada se determinará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la póliza o certificado individual de seguro.

En caso de que el asegurado llegue a estar cubierto por un valor asegurado superior al doble del plan de mayor cobertura establecido en la póliza y ocurra un siniestro, la compañía considerará a esta persona amparada, bajo la póliza que proporcione el mayor beneficio al asegurado.

La compañía devolverá cualquier pago de prima que dicha persona haya hecho por un valor asegurado superior al doble del plan de mayor cobertura, sin perjuicio de los incrementos a que haya lugar por las variaciones del IPC.

## 10. CÁLCULO DE LA PRIMA Y AJUSTE

La prima para cada anualidad se calculará con base en los parámetros técnicos fijados,

teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual en el momento de ingresar a esta póliza y la ocupación individual de sus integrantes.

Para ingresos posteriores a la expedición o renovación de la póliza se cobrará la prima a prorrata, con base en los factores anteriores.

El valor de la prima para cada persona asegurada, será el señalado en la solicitud certificado individual de seguro.

Cuando así se establezca en condición particular, o solicitud certificado individual de seguro, la compañía, incrementará la suma asegurada y por ende su prima será ajustada cada año con base en el índice de precios al consumidor (IPC) establecido por el DANE para todo el territorio nacional, para el año inmediatamente anterior, salvo que el asegurado manifieste su intención de darlo por terminado.

Parágrafo: no obstante, se permite calcular primas semestrales, cuatrimestrales, trimestrales, bimestrales y mensuales cuando así se acuerde y se deje constancia entre las partes.

## 11. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Cuando se pacten vigencias anuales, éstas pueden ser pagadas en fracciones aplicando los siguientes porcentajes sobre la prima neta del período.

Período de pago	% de recargo prima en pesos	% de recargo prima en UVR
SEMESTRAL	4	7.5
TRIMESTRAL	6	11.5
MENSUAL	10	14.5

## 12. PAGO DE PRIMA

El pago de la primera prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Código Clausulado  
01/03/2018-1417-P-34-GRU201c-D00I

En caso de fraccionamiento de la prima, para el pago de las cuotas de prima subsiguientes a la primera, la compañía concede, sin recargo de intereses, un plazo de gracia de un mes. Durante dicho plazo se considera el seguro en vigor y, por consiguiente, si ocurre algún siniestro, la compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las cuotas de prima posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y la compañía quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

En caso de renovación del contrato de seguro, se concede para el pago de la primera cuota de prima, un plazo de gracia de un (1) mes a partir de la iniciación de la vigencia de la renovación del seguro, durante el cual se considera el seguro en vigor.

**PARÁGRAFO 1:** lo dispuesto en esta condición se entiende en adición a los requisitos establecidos en la condición denominada vigencia de los amparos individuales.

**PARÁGRAFO 2:** para las pólizas de grupo deudores, si el asegurado es víctima de secuestro y de conformidad con la legislación colombiana se acredita su derecho a los instrumentos de protección y beneficios dispuestos en ella para esas personas; se interrumpen los términos para el pago de la prima desde el momento del secuestro.

## 13. MORA

Salvo lo previsto en el artículo 1152 del código de comercio, el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato

## 14. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA.

Código Nota Técnica  
01/01/2018-1417-NT-P-34-VIDAGRUP02017-V2-D00I

El tomador o el asegurado, según el caso, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por la compañía. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el asegurado ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del asegurado, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Las sanciones aquí consagradas no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

#### **15. IRREDUCTIBILIDAD**

La presente póliza será irreductible o incontestable por error inculpable, en la declaración de asegurabilidad, transcurridos dos (2) años, en vida del asegurado contados a partir de la fecha de la iniciación de la respectiva cobertura individualmente considerada.

#### **16. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD**

En caso de comprobarse inexactitud respecto de la edad del asegurado, en la declaración de asegurabilidad, se procederá de conformidad con las siguientes normas:

- Si la edad verdadera, estuviese fuera de los límites establecidos por el asegurador, se

dará aplicación a lo establecido en el artículo 1058 del código de comercio.

- Si la edad verdadera fuera mayor que la declarada, la suma asegurada individual, se reducirá en la proporción necesaria, para mantener la relación matemática con la prima recibida por La compañía.
- Si la edad verdadera fuera menor que la declarada, la suma asegurada, aumentará en la proporción necesaria, para mantener la relación matemática recibida por la compañía.

#### **17. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DE RIESGOS Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS**

El asegurado o el tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a la compañía los hechos o circunstancias que dependan de la voluntad del asegurado, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupacional.

La notificación se hará con antelación no mayor de diez (10) días hábiles a la fecha de modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tengan conocimiento que se presume transcurrido treinta (30) días desde el momento de la modificación. Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, la compañía podrá revocar el amparo o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del amparo. Pero sólo la mala fe del asegurado o tomador dará derecho a la compañía a retener la prima no devengada.

**PARÁGRAFO:** lo dispuesto en los dos últimos incisos de esta condición será aplicable a los amparos opcionales. Respecto del amparo básico de vida sólo procederá, si es del caso, el derecho de exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima, de conformidad con lo dispuesto en la tarifa.

## **18. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

La compañía estará obligada al pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del código de comercio.

Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que se efectúe el pago, en los términos del artículo 1080 del código de comercio.

El contrato de reaseguro no modifica el contrato celebrado entre el tomador y el asegurador, y la oportunidad de pago de este, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causada por la mora del asegurador.

La indemnización por el amparo opcional de incapacidad total y permanente no es acumulable al seguro de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado.

Si la póliza a la cual se incluye el amparo opcional de incapacidad total y permanente contiene además el amparo de indemnización adicional y beneficios por desmembración y en virtud de él y a consecuencia del mismo accidente la compañía ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente.

Así mismo si se reconoce una indemnización por desmembración en el amparo opcional de indemnización adicional y beneficios por desmembración equivalente al 100% de la suma asegurada, la cobertura de incapacidad total y permanente queda automáticamente cancelada, y la compañía libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este amparo.

Código Clausulado  
01/03/2018-1417-P-34-GRU201c-D00I

**PARÁGRAFO:** respecto de las pólizas de deudores habrá lugar al pago de la indemnización siempre y cuando no hubiere terminado por mora en el pago de la prima en el momento en que el asegurado fuere objeto del secuestro.

## **19. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza, sus amparos adicionales o anexos, el tomador y/o beneficiario, según el caso tiene las siguientes obligaciones:

19.1 dar aviso a la compañía del siniestro, dentro de los diez (10) días comunes siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

19.2. Acompañar los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia y la cuantía del siniestro, para lo cual podrá presentar los siguientes documentos:

- registro civil de defunción del asegurado.
- registro civil de nacimiento del asegurado.
- fotocopia de la cedula de ciudadanía de los beneficiarios si son mayores de edad, o registros de nacimiento si son menores de edad.
- registro civil de matrimonio si quien reclama es el cónyuge.

La compañía podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

### **POR MUERTE NATURAL:**

- Fotocopia o copia original de la historia clínica completa.

### **POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

- Dictamen de calificación de la incapacidad, emitido por una de las siguientes entidades: ARP, EPS, Junta Regional de Calificación de Invalidez o de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Código Nota Técnica  
01/01/2018-1417-NT-P-34-VIDAGRUPO2017-V2-D00I

#### **POR MUERTE ACCIDENTAL U HOMICIDIO**

- Original del certificado expedido por la fiscalía que adelanta la investigación junto con la copia del acta del levantamiento del cadáver o protocolo de necropsia.

#### **POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

- Historia clínica del asegurado y certificado del médico tratante sobre la pérdida funcional u orgánica.

#### **POR ENFERMEDADES GRAVES:**

-Fotocopia autenticada de la cedula ciudadanía

-fotocopia simple de historia clínica completa con el diagnóstico de la enfermedad que permite establecer la existencia de la misma, tiempo estimado del padecimiento, fecha de diagnóstico y tratamiento requerido.

-certificado del banco en donde relacione el nombre, número de cédula y el valor aprobado, fecha de desembolso, oficina, saldo insoluto a la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave, línea, plazo y número de crédito. Indicar si hay derecho a excedente o no.

#### **POR AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS:**

Los mismos requisitos exigidos para muerte.

#### **POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

- Dicha incapacidad, que no debe haber sido provocada intencionalmente por el asegurado, deberá ser certificada por escrito, por el (los) médicos de la entidad promotora de salud (E.P.S.) a la cual se encuentra adscrito, de acuerdo con lo establecido para tal efecto en la ley 100 de 1993 y los decretos que la reglamentan o adicionan.

#### **RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

- Formulario de reclamación.

- Certificación del centro hospitalario donde fue atendido, indicando fecha y hora de ingreso y de salida, así como el tratamiento realizado, diagnóstico y tiempo de evolución.

- Historia clínica.

Código Clausulado

01/03/2018-1417-P-34-GRU201c-D00I

#### **POR CUIDADOS PROLONGADOS POR IMPEDIMENTO FÍSICO POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD:**

- Historia clínica.

- valoración del médico tratante que determinará la existencia de tal incapacidad de acuerdo con la definición del amparo. Las reclamaciones deberán ser presentadas llenando el formulario de reclamación (formato de vida alfa) que la compañía suministra a los asegurados y/o beneficiarios para tal fin.

#### **CIRUGÍA AMBULATORIA:**

- Formulario de reclamación

- Certificación del centro médico donde fue atendido, indicando fecha y hora de ingreso y de salida, así como el tratamiento realizado, diagnóstico y tiempo de evolución.

- Historia clínica.

#### **REEMBOLSO DE GASTOS HOSPITALARIOS POR NACIMIENTO DE UN HIJO**

- Formulario de reclamación

- Certificación del centro hospitalario donde fue atendido, indicando fecha y hora de ingreso y de salida, así como el tratamiento realizado, diagnóstico y tiempo de evolución.

- Facturas del centro hospitalario donde conste que los gastos asumidos por el asegurado no hayan

#### **AUXILIO DE CANASTA POR 12 MESES**

Los mismos requisitos exigidos para muerte o por incapacidad total y permanente.

#### **20. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

El derecho del asegurado a la indemnización se perderá en los siguientes casos:

- a. Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en pruebas falsas.
- b. Si al dar noticia del siniestro se omite maliciosamente informar acerca de los seguros coexistentes.

Código Nota Técnica

01/01/2018-1417-NT-P-34-VIDAGRUPO2017-V2-D00I

- c. Cuando el asegurado renuncie a sus derechos contra los responsables del siniestro.

## 21. MÉRITO EJECUTIVO DE LA PÓLIZA.

La póliza prestará mérito ejecutivo contra el asegurador, por sí sola, transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

## 22. VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La vigencia será la indicada expresamente en la carátula de la póliza, certificado individual de seguro y/o las condiciones particulares.

La presente póliza tendrá una vigencia anual de renovación automática por un término igual al inicialmente pactado. En cualquier momento y antes de su vencimiento el tomador y/o asegurado podrá manifestar su deseo de no renovarla.

## 23. VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

Los amparos, respecto de cada persona, solo entrarán en vigor a partir de la fecha en que la compañía comunique por escrito su aprobación al tomador y se renovará automáticamente al vencimiento de la póliza.

No obstante, tratándose del seguro de grupo deudores, para la iniciación de amparos individuales requerirá, además de la aprobación de la compañía, que se pague la respectiva prima.

## 24. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

De acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio, durante la vigencia de la póliza, el Tomador o Asegurado podrá revocar el contrato o cualquiera de sus amparos en cualquier momento mediante notificación escrita al asegurador.

Así mismo, durante la vigencia de la póliza, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo de vida, mediante aviso escrito al Asegurado con diez (10) días hábiles de anticipación, en cuyo caso SEGUROS DE VIDA ALFA S.A devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas.

## 25. TERMINACIÓN

La presente póliza y los certificados individuales de seguro que se adhieran al contrato de seguro, se darán por terminados por las siguientes causas:

- Mora en el pago de la prima.
- Revocación unilateral, mediante noticia escrita, de parte del asegurado.
- Muerte del asegurado.
- Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- Al vencimiento de la póliza, si ésta no se renueva.
- Cuando al momento de la renovación de la póliza, el grupo asegurado sea inferior a 10 personas
- En el seguro de vida grupo deudores, además de las anteriores:
  - ✓ Cuando la obligación se extinga íntegramente.
  - ✓ En caso de que existan varios asegurados por el ciento por ciento (100%) de una misma deuda, el seguro terminará automáticamente para aquellos asegurados sobrevivientes, o no incapacitados total y permanentemente, a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro respecto de cualquiera de los asegurados en la misma deuda.

En las pólizas que no sean de deudores, además de las contenidas en los puntos anteriores en los siguientes casos:

- Si se trata del seguro del cónyuge o compañero (a) permanente, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado.
- Cuando el asegurado principal revoque por escrito el seguro o deje de pertenecer al grupo asegurado.

- Cuando se ha pagado el seguro por la realización del riesgo.

## **26. OBLIGACIONES DEL TOMADOR EN CASO DE SINIESTRO.**

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza, sus amparos opcionales o anexos, el tomador, o el beneficiario, según el caso, tienen las siguientes obligaciones:

- Facilitar a la compañía la investigación del siniestro.
- Dar aviso a la compañía del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

## **27. CONVERTIBILIDAD**

Tratándose del seguro de grupo contributivo y no contributivo, los asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de pertenecer a él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por la suma igual a la que tengan bajo la póliza de grupo, pero sin amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite la compañía con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de la solicitud.

En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra prima que corresponda al seguro de vida individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago

de prima o no) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la póliza respectiva, previa la deducción de sus primas o fracciones causadas y pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

El beneficio de convertibilidad no es aplicable a los amparos opcionales de incapacidad total permanente, indemnización adicional y beneficios por desmembración, auxilio de gastos funerarios y enfermedades graves.

## **28. CERTIFICACIÓN INDIVIDUAL DEL SEGURO**

La compañía o el tomador cuando sea autorizado para ello, expedirá para cada asegurado un certificado individual en aplicación a esta póliza.

## **29. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES**

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

## **30. OBLIGACIONES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO**

Para efectos de dar cumplimiento a lo previsto en los artículos 102 y siguientes del estatuto orgánico del sistema financiero y a lo dispuesto en las circulares e instructivos expedidos por la superintendencia financiera de Colombia, el tomador y/o asegurado se compromete a diligenciar integral y simultáneamente al perfeccionamiento del contrato de seguro, el formulario de

vinculación de clientes – Sarlaft (sistema de administración de riesgo de lavado de activos y la financiación del terrorismo) con las formalidades legales requeridas. Si el contrato de seguro se renueva, el tomador y/o asegurado igualmente se obligará a diligenciar dicho formulario como requisito para la renovación.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecta al tomador y/o asegurado, este deberá informar tal circunstancia a la compañía, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del Sarlaft se entenderá incluida en la presente cláusula.

### **31. AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

El tomador y/o asegurado de la presente póliza, autorizan a seguros de vida alfa s.a., para que con fines estadísticos, suministre información entre compañías aseguradoras, consulta o transferencia de datos, con cualquier autoridad que lo requiera en Colombia o en el exterior, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información confidencial que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esa relación comercial o contrato que declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

### **32. NOTIFICACIONES**

Cualquier notificación que deba hacerse entre las partes en el desarrollo del presente contrato deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo dicho en la condición para el aviso del siniestro y será prueba suficiente de la misma la constancia de su envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada de la otra parte.

### **33. DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad establecida en la carátula como lugar de expedición de la póliza.

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**  
**LIBRANZAS MILITARES**

CLASE DE DOCUMENTO: RENOVACION

N° DE CRÉDITO: 456158889

<b>RAMO:</b> VIDA GRUPO	<b>TIPO:</b> DIRECTO	<b>PÓLIZA No.</b> GRD-460	
<b>SUCURSAL EXPEDIDORA:</b> SUCURSAL SAN DIEGO	<b>DIRECCIÓN:</b> AV.CLL 24ª 59-42 TORRE 4 P. 4 Y 5	<b>CIUDAD / DEPT.</b> BOGOTA D.C. / CUNDINAMARCA	
<b>FECHA EXPEDICIÓN:</b> DÍA 01 MES 12 AÑO 2023	<b>VIGENCIA PÓLIZA DESDE:</b> 00:00 HORAS DÍA 01 MES 12 AÑO 2023	<b>VIGENCIA PÓLIZA HASTA</b> 23:59 HORAS: MENSUAL RENOVABLE	<b>FECHA DE PAGO:</b> Mensual al día de vencimiento del producto de crédito asociado a esta póliza
<b>TOMADOR</b> Banco De Bogotá S.a.		<b>NIT / C.C.</b> 860.002.964-4	
<b>DIRECCIÓN</b> Calle 36 no. 7-47 piso 15	<b>TELÉFONO</b> 3320032	<b>CIUDAD</b> Bogotá d.c.	<b>DEPARTAMENTO</b> Cundinamarca
<b>ASEGURADO</b> RODRIGUEZ ORTIZ LUZ MARY		<b>NIT / C.C.</b> 36276904	
<b>DIRECCIÓN</b> CALLE 3A 1A 56	<b>TELÉFONO</b> 3105827415	<b>CIUDAD</b> PITALITO	<b>DEPARTAMENTO</b> HUILA
<b>BENEFICIARIO:</b> VER CONDICIONES DE SEGURO ADJUNTAS.		<b>NIT / C.C.</b>	

AMPAROS	SUMA ASEGURADA	PRIMA MENSUAL A PAGAR
MUERTE	VER CONDICIONES DE SEGURO ADJUNTAS	ES EL RESULTADO DE MULTIPLICAR LA SUMA ASEGURADA POR LA TASA DEL SEGURO ACEPTADA AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA CUAL SE VERA REFLEJADA EN EL EXTRACTO DE SU CRÉDITO.
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		
ENFERMEDADES GRAVES		

<b>OBJETO</b>	
SE EMITE EL PRESENTE CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES PARTICULARES GENERALES DE LA PÓLIZA.	
<b>CLÁUSULAS ADICIONALES Y DECLARACIONES:</b>	
A) ACEPTO QUE SE RENUUEVE AUTOMÁTICAMENTE POR PERIODOS IGUALES AL INICIALMENTE CONTRATADO, A MENOS QUE EXPRESE MI VOLUNTAD DE NO RENOVARLA, DÁNDOLO POR TERMINADO, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADOR CON UNA ANTELACIÓN NO INFERIOR A TREINTA (30) DÍAS	
B) PARA FACILIDAD DEL ASEGURADO, EL BANCO INCLUIRÁ EN EL EXTRACTO DEL RESPECTIVO CRÉDITO EL VALOR DE LA PRIMA QUE DEBE PAGAR EL ASEGURADO JUNTO CON LA CUOTA DEL CRÉDITO	
LAS CONDICIONES GENERALES PODRÁN SER CONSULTADAS EN EL LINK: <a href="http://www.segurosalfa.com.co">www.segurosalfa.com.co</a>	
<b>CLAVE INTERMEDIARIO</b>	<b>NOMBRE INTERMEDIARIO</b>

EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO SIN QUE EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS. CÓDIGO DE COMERCIO, ART. 1152.

Este producto es comercializado por Seguros de Vida Alfa S.A. identificada con NIT 860.503.617-3. Puedes dirigirte al Defensor del Consumidor Financiero a: «defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co», «defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co» dirección física y de correspondencia: avenida calle 26 59-15 local 6, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua o al teléfono (601) 7 43 53 33 Ext 14451 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Defensor del Consumidor Financiero: José Fernando Zarta y Luis Fernando Pinzón. Para mayor información ingresa a la página <https://www.segurosalfa.com.co> sección legal y opción Consumidor financiero.

Realiza tus consultas y solicitudes a través de nuestras líneas de atención al cliente en Bogotá (1) 307 70 32, desde el resto del país 01 8000 940010, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.- sábados, de 8:00 a.m. a 12:00 m. o escríbenos a «servicioalcliente@segurosalfa.com.co». Mas normación [www.segurosalfa.com.co](http://www.segurosalfa.com.co)

Somos grandes contribuyentes.

IVA régimen común.

Por el concepto de primas de seguros no se práctica retención en la fuente por lo previsto en el artículo 17 del decreto 2509 de 1985.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

Dirección para notificaciones al asegurador. Bogotá D.C.  
Av. Calle 26 N° 59-15 Local 6 Edificio Avianca

**POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO  
LIBRANZAS MILITARES**

**TOMADOR:** BANCO DE BOGOTA

**ASEGURADOS**

Deudores de la entidad tomadora a quienes se les otorgue prestamos bajo la modalidad de créditos libranza militares.

**VIGENCIA:**

Desde el 01 de diciembre de 2023 a las 00:00 horas, hasta el 30 de noviembre de 2024 a las 24:00 horas.

**BENEFICIARIOS**

Será el Banco de Bogotá a título oneroso hasta el monto del saldo insoluto de la deuda..

**VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO**

La cobertura del seguro inicia desde el momento del desembolso y/o inicio del crédito, lo que ocurra primero y estará vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo las eventuales prórrogas autorizadas por el Banco, extendiéndose también a la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en los casos de mora, siempre con sujeción a la vigencia de la póliza siempre y cuando el asegurado este al día en el pago de sus primas

**VALOR ASEGURADO**

El valor asegurado para cada deudor será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

Para efectos de este seguro se entiende por Saldo Insoluto el capital no pagado y sus intereses a la fecha de fallecimiento, o a la fecha de aceptación por parte de la compañía de la Incapacidad Total y Permanente, o a la fecha de diagnóstico de la Enfermedad Grave del asegurado cubierta por la póliza.

**COBERTURAS**

**Muerte por cualquier causa**

La cobertura es muerte por cualquier causa, razón por la cual desde la fecha de iniciación de amparo individual se cubre Muerte por causa natural o accidental, homicidio, suicidio, VIH y desaparición forzosa (en los términos establecidos por la Ley Colombiana). En caso de muerte presunta por

desaparecimiento, la suma a indemnizar será el valor asegurado a la fecha de muerte establecida en la sentencia, la cual deberá inscribirse en el registro civil de defunción.

Bajo este amparo se cubren eventos ocasionados por pandemias y/o epidemias.

**Incapacidad total y permanente / Desmembración**

Incluye la tentativa de homicidio, la ocasionada por el asegurado, lesiones por intento de suicidio, homicidio, Actos terroristas y las ocasionadas por epidemias o pandemias, Incluyendo la ocasionada por el asegurado, así como el intento de suicidio, homicidio y actos terroristas.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando amparado bajo el presente documento que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya permanecido por un periodo continuo no menor a 120 días y esté determinada por una de las siguientes entidades: ARL, COLPENSIONES, Compañías de Seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia, EPS, Juntas regionales de calificación o la Junta Nacional de calificación de invalidez, o por parte de organismos debidamente facultados por la ley que califiquen regímenes especiales, donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.

Para efectos de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente se entenderá como fecha de siniestro, la fecha de estructuración de la invalidez consignada en el dictamen de calificación de pérdida de la capacidad laboral emitido por el ente calificador debidamente autorizado por la ley o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irre recuperable de la visión en ambos ojos
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- a) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Para efectos del pago del siniestro, se tendrá en cuenta el saldo de la deuda a la fecha de la estructuración de la incapacidad total y permanente.

La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, Seguros de Vida Alfa S.A., quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

### **Enfermedades graves**

La Aseguradora indemnizará la "Enfermedad Grave" que sufra alguna de las personas deudoras del Banco de Bogotá. Para efectos de este anexo, se entenderá como enfermedad grave, el hecho que, durante la vigencia de éste, le sea diagnosticada por primera vez al asegurado cualquiera de las siguientes enfermedades:

- Cáncer
- Infarto al Miocardio
- Insuficiencia renal
- Esclerosis Múltiple
- Accidente Cerebro Vascular definitivo
- Afección de Arteria que exija cirugía durante la vigencia del anexo.
- Gran Quemado: Quemadura de segundo grado profundo o tercer grado que comprometa más del 18% de superficie corporal total, área especial, o con (Quemadura respiratoria, Quemadura por alta tensión, Politraumatismo).  
Patologías graves asociadas a: Quemaduras intermedias o profundas complejas, de cabeza, manos, pies o región perineal.
- Enfermedad de Alzheimer: Diagnóstico clínico inequívoco de enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.
  - Enfermedad de Parkinson: Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas). La enfermedad debe provocar

incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

La indemnización por "Enfermedad Grave" no es acumulable al seguro de vida ni a ningún otro amparo otorgado por la presente póliza; en consecuencia, una vez efectuada la indemnización por este anexo, cesará la responsabilidad de Seguros de Vida Alfa S.A. con este asegurado.

Estas coberturas aplican para todos grupos Asegurables, cualquiera que sea la Línea de Crédito tanto del stock como de la originación, no aplica período de carencia.

### **EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA**

#### **Amparos de vida:**

Mínima de ingreso: 18 años.  
Máxima de ingreso: Ilimitada.  
Permanencia: ilimitada (Hasta terminar la deuda).

#### **Amparo de incapacidad total y permanente y amparo de enfermedades graves**

Mínima de ingreso: 18 años.  
Máxima de ingreso: 70 años  
Permanencia: Ilimitada. (Hasta terminar la deuda).

### **PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, Seguros de Vida Alfa S.A. informará al Banco de Bogotá si se realizará el pago y el monto indemnizable dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

Los pagos que La Compañía deba transferir a la cuenta que el Banco de Bogotá informe a la Aseguradora, no debe ser mayor a los cinco (5) días hábiles, posterior al reconocimiento del reclamo por parte de la aseguradora.

### **DOCUMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS**

Los siguientes serán los documentos que se deben aportar digitalizados para el trámite de reclamación bajo esta póliza:

**Muerte:**

- Fotocopia del Registro Civil de Defunción o Certificado de Registro de Defunción emitido por la Registraduría cuando el reclamo sea realizado por el Banco.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Fotocopia legible de la historia clínica completa para los casos en que se supere el amparo automático
- Certificado del banco en donde relacione el nombre, número de cédula y el valor aprobado, fecha de desembolso, oficina, saldo insoluto a la fecha del fallecimiento del asegurado, línea, plazo y número de crédito. Indicar si hay derecho a excedente o no

**Muerte Accidental**

- Fotocopia del Registro Civil de Defunción o Certificado de Registro de Defunción emitido por la Registraduría cuando el reclamo sea realizado por el Banco.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Fotocopia legible de la historia clínica completa para los casos en que se supere el amparo automático
- Certificado del banco en donde relacione el nombre, número de cédula y el valor aprobado, fecha de desembolso, oficina, saldo insoluto a la fecha del fallecimiento del asegurado, línea, plazo y número de crédito. Indicar si hay derecho a excedente o no
- Acta de levantamiento del cadáver o necropsia o informe de la autoridad de tránsito correspondiente.

**Incapacidad Total y Permanente**

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Fotocopia legible de la historia clínica completa para los casos en que se supere el amparo automático
- Dictamen de incapacidad total y permanente certificado por: ARL, COLPENSIONES, compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia, EPS, Juntas regionales o Nacional de calificación de invalidez, o por parte de organismos debidamente facultado por la ley que califiquen regímenes especiales.

- Certificado del banco en donde relacione el nombre, número de cédula y el valor aprobado, fecha de desembolso, oficina, saldo insoluto a la fecha de aceptación del dictamen por parte de la aseguradora, línea, plazo y número de crédito. Indicar si hay derecho a excedente o no.

**Enfermedades Graves**

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Fotocopia simple de historia clínica completa con el diagnóstico de la enfermedad que permite establecer la existencia de la misma, tiempo estimado del padecimiento, fecha de diagnóstico y tratamiento requerido.
- Certificado del banco en donde relacione el nombre, número de cédula y el valor aprobado, fecha de desembolso, oficina, saldo insoluto a la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave, línea, plazo y número de crédito. Indicar si hay derecho a excedente o no.

**AMPLIACIÓN AVISO DE SINIESTRO**

Cuando ocurra un siniestro que afecte los riesgos asegurados por la presente póliza, el Banco de Bogotá lo comunicará por escrito a más tardar dentro de los 90 días siguientes contados a partir de la fecha que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.

Las Condiciones Generales podrán ser consultadas en el Link [www.segurosalfa.com.co](http://www.segurosalfa.com.co)