seguros alfa

NIT: 860.503.617–3

Av. Calle 24A 59-42 T.4 Piso 4 y 5

Bogotá D.C.

CARATULA POLIZA DE SEGURO DEUDORES
LINEA DE CREDITO: LIBRANZAS
CLASE DE DOCUMENTO: RENOVACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL		
RAMO Grupo Deudores	**TIPO** Directa	**POLIZA** GRD-464
SUCURSAL EXPEDIDORA SAN DIEGO	**DIRECCIÓN** Av. Calle 24A No. 59-42 Torre 4, Piso 4 - Bogotá	**CIUDAD / DEPARTAMENTO** Bogotá
TOMADOR Banco Popular S.A.	**NIT / C.C.** 860007738	**CIIU** 0006412 - BOGOTA, D.C. - Bancos comerciales
DIRECCIÓN Calle 17 7 35	**TEL**	**CIUDAD** BOGOTA, D.C. / **DEPTO** BOGOTA
ASEGURADO Deudores del Banco Popular S.A.		**NIT / C.C.** 860007738
DIRECCIÓN Calle 17 7 35		
TEL	**CIUDAD** BOGOTA, D.C.	**DEPTO** BOGOTA
BENEFICIARIO Banco Popular S.A.		**NIT / C.C.** 860007738

INFORMACIÓN DE LA POLIZA			
NÚMERO DE ASEGURADOS …			
FECHA DE EXPEDICIÓN 30-09-2026 a las 00:00 horas.	**VIGENCIA DESDE** 01-10-2026 a las 00:00 horas.	**VIGENCIA HASTA** 30-09-2028 a las 24:00 horas.	**FECHA LIMITE PAGO**
SUMA ASEGURADA TOTAL:		**FORMA DE PAGO**	

COD	AMPAROS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor Tipo_____Mínimo	PRIMA
29912	Muerte			
30112	incapacidad Total y Permanente			

TOTAL POLIZA	PRIMA TOTAL RIESGO

PRIMA SIN COMISIÓN	COMISIÓN	TOTAL PRIMA NETA	GAST. EXPED.	I.V.A.	TOTAL A PAGAR
$-	**$-**	**$-**	$-	$-	**$-**

CL. INTERM	NOMBRE INTERMEDIARIO	CLASE	% PART	% COMIS	VALOR

OBJETO DE LA PÓLIZA

Renovación
A partir de la fecha se emite el presente seguro de acuerdo con los términos y condiciones anexas (INVITACIÓN No. 931-001-2026)

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.
A través del Defensor del Asegurado, como vocero de los clientes, se pueden atender reclamos y solicitudes con respecto al servicio prestado. AV. CL 26 59-15 locales 6 y 7, conmutador 743 53 33 Ext 14454 Fax: 743 53 33 Ext. 14456, correo electrónico: defensordelconsumidorfinanciero@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.

Firma Autorizada **Tomador**

Uso Confidencial

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

TOMADOR: BANCO POPULAR SA
NIT: 860.007.738-9
VIGENCIA: Desde el 01 de octubre de 2026 a las 00:00 horas,
Hasta el 30 de septiembre de 2028 a las 24:00 horas

CONDICIONES PARTICULARES

GRUPO ASEGURABLE:

Lo constituyen todas las personas incluyendo, pero no limitado a los integrantes de la Fuerza Pública que sean deudores y/o locatarios del Banco Popular S.A., mediante cualquier línea de crédito y/o producto ofrecido por el Banco Popular S.A., que adquieran o hayan adquirido voluntariamente el seguro de vida grupo deudores. En los casos en que la operación de préstamo se hace en conjunto de dos o más personas, el Banco Popular S.A. o por decisión de los deudores y/o locatarios definirá sobre qué persona o personas se contrata el seguro y el porcentaje de asegurabilidad.

BENEFICIARIO:

El Banco Popular S.A., adquiere en todos los casos la calidad de beneficiario hasta por el monto de la deuda.

Para la opción base de cálculo fija - Monto del Desembolso:

En caso de fallecimiento la Aseguradora pagará el excedente directamente a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los de Ley.

En caso de incapacidad total y permanente, una vez se pague al beneficiario oneroso el saldo insoluto de la deuda, cualquier remanente de la indemnización se pagará al asegurado.

VIGENCIA: Dos (2) años a partir del 01 de octubre de 2026 a las 00:00 horas hasta el 30 de septiembre de 2028 a las 24:00 horas.

No obstante, el Banco Popular S.A, tendrá el derecho de revocar de manera unilateral el contrato de seguros, en cualquier momento de su ejecución sin indemnización alguna, dando un preaviso de 60 días calendario de conformidad con el artículo 1071 de Código de comercio.

VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO:

La duración de la cobertura será igual a la existencia de la deuda, incluyendo las eventuales prórrogas, los alivios y/o beneficios otorgados por el Banco a los clientes autorizados por el

Banco Popular S.A., en operaciones ordinarias y las motivadas en la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en los casos de mora. De la misma manera, se incluyen las deudas que se encuentren clasificadas, en cobro jurídico o vencida, sin importar la altura de la mora del crédito y por la cual el Banco Popular S.A., paga una prima.

La cobertura del seguro inicia al momento del desembolso de cada crédito y estará vigente hasta su cancelación total y sujeta a la terminación de la vigencia de la póliza.

Los deudores de libranzas reportan las obligaciones hasta los 60 días de mora, independientemente si corresponde o no al vencimiento final de la obligación; sin embargo, cuando este número de días sea menor al estipulado reingresa a la póliza

Nota: El Banco puede modificar los plazos de mora relacionados con la suspensión del seguro.

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El Banco Popular S.A., declara mensualmente: (tiene dos opciones):

1. Reporta mes vencido el saldo insoluto de la deuda que incluye capital no pagado más los intereses del plazo de gracia, intereses corrientes y moratorios, primas de seguros, cuentas por cobrar asociadas a cada crédito y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación del crédito.

2. Para las operaciones desembolsadas en FLEXCUBE Activas, se establece:
   - Base de cálculo fija: Monto del Desembolso.
   - Vigencia de la base: Fija durante todo el crédito, independiente del número de días del mes.
   - Causación de la prima únicamente cuando la mora sea inferior a 60 días.

AMPAROS

Para los deudores y/o locatarios que se encuentran dentro del amparo automático se ampara la muerte y la incapacidad total y permanente por cualquier causa sin ningún tipo de exclusiones, salvedades o limitaciones para el pago de las reclamaciones por cualquier concepto, es decir, se indemnizaran todos los reclamos que afecten la póliza sea cual fuere su naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias y sin condiciones o exclusiones por requisitos de asegurabilidad.

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Se ampara la muerte por cualquier causa. Para los deudores y/o locatarios que se encuentran dentro del amparo automático se ampara sin ningún tipo de exclusiones, salvedades o limitaciones para el pago de las reclamaciones por cualquier concepto, es decir, se indemnizaran todos los reclamos que afecten la póliza sea cual fuere su naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias y sin condiciones o exclusiones por requisitos de asegurabilidad.

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

COBERTURA DE SOLO MUERTE PARA NUEVOS CREDITOS QUE YA SE LES RECONOCIO LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Se otorga cobertura de muerte para los deudores a los cuales se les ha otorgado un nuevo crédito después de haber obtenido pago indemnizatorio por parte de Seguros de Vida Alfa S.A.por Incapacidad Total y Permanente.

DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Se ampara la Incapacidad Total y Permanente por cualquier causa. Para los deudores y/o locatarios que se encuentran dentro del amparo automático se ampara sin ningún tipo de exclusiones, salvedades o limitaciones para el pago de las reclamaciones por cualquier concepto, es decir, se indemnizaran todos los reclamos que afecten la póliza sea cual fuere su naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias y sin condiciones o exclusiones por requisitos de asegurabilidad.

Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente la sufrida por un periodo continuo de ciento veinte (120) días, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de exclusiones, salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por éste, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la estructuración de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación, en el caso de que no se pueda establecer en el dictamen la fecha de estructuración, la fecha de ocurrencia del siniestro será la correspondiente a la de la emisión del dictamen, en ausencia de ésta, será la de la reunión de la autoridad calificadora, y en ausencia de las anteriores, será la de la notificación del dictamen al asegurado.

El amparo de incapacidad total y permanente incluye la que se cause por intento de suicidio y homicidio a partir del inicio de la cobertura para cada asegurado.

Seguros de Vida Alfa S.A, para los regímenes especiales en donde se califica la Pérdida de la Capacidad Laboral PCL del Asegurado y no esta ajustada al Decreto 1507 de 2014, la incapacidad podrá ser evaluada por el médico calificador de la aseguradora especializado en medicina laboral, quien, fundamentado en el Manual de Calificación de Invalidez del sistema de seguridad social y en la historia clínica completa, determinará el porcentaje de invalidez.

Seguros de Vida Alfa S.A establece un periodo de carencia de 90 días para la estructuración

de la Incapacidad Total y Permanente.

Todo deudor nuevo mayor de 69 años + 364 días no tendrá cobertura de incapacidad total y permanente.

ASISTENCIAS:

Seguros de Vida Alfa S.A. ofrece a todos los deudores de la línea de libranzas los servicios de **Telesalud, Urgencia Odontológica y Acceso a Revistas Digitales**, que incluye:

- Brindar al deudor información, consejería y asesoría en salud, (promoción y prevención).
- Servicio orientado a identificación de síntomas y Orientación de acuerdo con la sintomatología presentada.
- Se realiza por llamada o videollamada a través de plataforma segura.
- Diagnóstico del paciente y formulación de medicamentos, generación de incapacidades.
- Coordinación logística con hospitales, ambulancias y centros de urgencia para traslado de pacientes y transcripción de incapacidades con EPS.

TELEMEDICINA MEDICO GENERAL

Evaluación en Medicina General que proporciona al deudor los servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

TELEPSICOLOGIA

Valoraciones o evaluaciones psicológicas encaminadas a la escucha activa con el fin de prestar apoyo y consejo para afrontar diferentes situaciones.

TELENUTRICIÓN

Atención nutricional integral, segura y oportuna para cada deudor, proporcionando herramientas de fácil implementación.

URGENCIA ODONTOLOGICA POR ACCIDENTE

Atención odontológica al USUARIO a consecuencia de un accidente personal que genere un trauma dental, entendiéndose como tal cualquiera de los tratamientos o atenciones odontológicas, siempre que se adecuen a las definiciones que se anexan a la presente oferta. El accidente se debe haber presentado durante la vigencia de la póliza y en un periodo de tiempo no mayor a un (1) mes previo a la solicitud de la atención

* Aplican condiciones descritas en **ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

ACCESO A REVISTAS DIGITALES

El servicio está encaminado a proporcionar al Usuario titular del servicio, una membresía para acceder a la plataforma digital donde podrá leer de manera ilimitada y desde cualquier dispositivo móvil o computador, las últimas ediciones de más de 100 revistas como: Semana, Dinero, Cromos, Axxis, National Geographic, Muy Interesante, SoHo, ¡Hola!, Donjuan, Aló, entre otras; todas ellas en edición digital, idénticas a la edición impresa.
Aplican condiciones ver Anexo 1

* Aplican condiciones descritas en **ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

DESCUENTOS EN EXÁMENES MÉDICOS

El Usuario tendrá a su disposición descuentos preferenciales de hasta un 40% para realización de exámenes, laboratorios e imagenología simples de baja y mediana complejidad por medio de una red de prestadores a nivel nacional.

El servicio consiste en un convenio para descuento en exámenes el cual se prestará de manera ilimitada para el Usuario, de lunes a viernes de 6:00 am a 6:00 pm y sábados de 06:00am a 12:00m. En las siguientes ciudades: Bogotá D.C., Soacha, Girardot, Chía, Medellín, Cali, Cartago, Calarcá, Bucaramanga, Floridablanca, Ibagué, Pereira, Pamplona, Neiva, Manizales, Villavicencio, Cúcuta, Pasto, Barranbermeja.

*Las ciudades pueden cambiar sin previo aviso, está sujeto a disponibilidad del prestador

Aplican condiciones descritas en **ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

AMPARO AUTOMÁTICO

Hacen parte de este grupo todo deudor menor a 88 años + 364 días y hasta un monto de 420 SMMLV sin requisitos de asegurabilidad.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Vr. Asegurado	Requisitos de asegurabilidad
Hasta 420 SMMLV	A. Amparo automático (no se requiere dar cumplimiento de algún requisito de asegurabilidad)
Mayor a 420 SMMLV	B. Aplica requisitos de asegurabilidad

Ejemplo del comportamiento del amparo automático:

No.	VALOR ASEGURADO	REQUISITO	EJEMPLO
1	Hasta 420 SMMLV	Ninguno	Crédito hasta $735.380.100 Edad: 68 años fecha desembolso: 1-11-2026 Cobertura automática. No se exige el cumplimiento de Requisito de Asegurabilidad alguna, como lo es la Declaración de Asegurabilidad.
2	Mayor 420 SMMLV	Aviso previo a la aseguradora para análisis del exceso del amparo automático.	Crédito hasta $1.000.000.000 Edad: 67 años Fecha desembolso: 01-11-2026 Amparo automático: $735.380.100 Análisis de la Aseguradora: $264.619.900 En caso de rechazo solo operará para el exceso de $264.619.900, manteniendo la cobertura para los $735.380.100 del amparo automático y en el evento de ser aceptado deben informar las condiciones de asegurabilidad, en caso de haber lugar a ellas.

B. En los casos en que supere el amparo automático, será necesaria la aprobación previa por parte de Seguros de Vida Alfa S.A., para lo cual la persona deberá aportar los siguientes requisitos de asegurabilidad practicados por médicos y laboratorios adscritos a la Compañía

- Solicitud de seguro/declaración de asegurabilidad, debidamente diligenciada sin tachones ni enmendaduras, firmada y fechada.
- Examen médico de asegurabilidad
- Parcial de orina.
- Electrocardiograma
- Exámenes de laboratorio: glicemia, creatinina, colesterol total, HDL, triglicéridos, cuadro hemático con sedimentación, serología y VSG
- HIV aplica para menores de 50 años.
- Antígeno prostático específico hombre mayor de 55 años . (en exceso de los exámenes anteriores)

O, en reemplazo de todos los exámenes antes mencionados y a voluntad del asegurado, aportar historia clínica completa de los últimos 2 años.

Los exámenes médicos y la solicitud de seguro /declaración de asegurabilidad, se mantendrán por la vigencia del crédito y el monto aprobado en su momento.

La Compañía se reserva el derecho de exigir exámenes adicionales, con el fin de definir la condición de extraprimas, aceptación o rechazo del asegurado.

En las ciudades donde no existan laboratorios autorizados y/o no se cuente con los servicios de un profesional médico, operara por reembolso. El plazo para reembolsar al cliente los gastos incurridos es de máximo 15 días hábiles una vez radicados en Seguros de Vida Alfa S.A. los documentos soporte del pago realizado.

El plazo máximo para aceptar o rechazar el aseguramiento del valor en exceso de los deudores que superen el límite automático no debe ser superior a tres (3) días hábiles siguientes a la entrega de los documentos por parte del cliente, entendiéndose que si dentro de ese tiempo no se han manifestado quedarán amparados de acuerdo con las condiciones de la póliza en caso de rechazo, este solo aperará para los excesos , manteniendo la cobertura para los montos del amparo automático.

Es entendido que las sumas antes mencionadas corresponden a capital de uno o varios créditos o productos del mismo asegurado y que en caso de siniestro la compañía indemnizará por capital hasta las cifras arriba mencionadas, más los intereses del plazo de gracia, intereses corrientes y moratorios, primas de seguros, cuentas por cobrar asociadas a cada crédito y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación del crédito.

Así mismo, se entiende que el Amparo Automático hace referencia a las sumas iniciales o saldos por capital para otorgar cobertura sin requisitos de asegurabilidad, en consecuencia, si un deudor toma un crédito por el límite del Amparo Automático tendrá cobertura automática independientemente de que luego por efecto de los intereses crezca el valor de la deuda.

LEY 2475 DE 2025

Seguros de Vida Alfa S.A garantiza el cumplimiento de las disposiciones de la Ley 2475 de 2025 y la reglamentación que se imparta, incluyendo las directrices que en esa materia expida la Superintendencia Financiera de Colombia, con el fin de que se tomen las medidas pertinentes en los documentos de vinculación, póliza de seguros, la asesoría y el deber de información a suministrar y cualquier otra acción que resulte necesaria. Esa gestión deberá ser informada a el Banco y coordinada entre las partes

EXTRAPRIMAS

Seguros de Vida Alfa S.A., acordará con el Banco Popular S.A los factores de extraprima de acuerdo con las condiciones técnicas del aplicativo de Libranzas del Banco.

SOBREGIROS

Seguros de Vida Alfa S.A. otorgará la cobertura para sobregiros sin costo adicional de prima para el Banco Popular S.A., de 40 salarios mínimos mensuales legales vigentes por persona.

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

INDEMNIZACIÓN

El plazo para definir el pago independientemente de la cuantía, objeción, documentos pendientes y reconsideraciones presentadas es el indicado más adelante, contado a partir de la fecha del recibo por parte de Seguros de Vida Alfa S.A. de la documentación que sustente el siniestro.

En caso de exceder los 15 días calendario, Seguros de Vida Alfa S.A. pagará a favor del Banco y/o beneficiario la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que se efectue el pago.

Pago, Objeción, documentos pendientes, reconsideración	Plazo de respuesta en días hábiles independiente de la cuantía
Muerte	3
Incapacidad total y permanente	5

Las objeciones las deben justificar y soportar con los argumentos jurídicos, técnicos, médico y prácticos que soportan la negativa, y entregar con el soporte documental correspondiente.

NO OBJECIÓN DE SINIESTROS POR PRESCRIPCIÓN ORDINARIA.

Para proteger adecuadamente las indemnizaciones al Banco en el mejor interés y protección a sus clientes, Seguros de Vida Alfa S.A no objetará reclamación alguna sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio. Esto significa que en circunstancias en las cuales el Banco conozca la reclamación, pero no de el aviso oportuno a la aseguradora, no operará la prescripción y podrá reclamarlo en cualquier tiempo.

De otra parte, para siniestros avisados por el Banco a SEGUROS DE VIDA ALFA S.A en los cuales se evidencie que la reclamación no cumple con los requisitos establecidos en artículo 1077 del Código de Comercio (carga de la prueba), esta no se objetará bajo el artículo 1081, es decir que la consecución documental podrá darse en cualquier momento sin restricción de tiempo.

Para los siniestros avisados por el Banco solo es aplicable la prescripción extraordinaria.

NO OBJECIÓN DE SINIESTROS POR RETICENCIA

Los siniestros que ocurran a partir del inicio de vigencia de la presente licitación, NO se objetarán por Reticencia, independientemente de si corresponden a asegurados que ingresaron antes o durante la vigencia de la presente licitación siempre y cuando se encuentre dentro del amparo automático

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

El asegurado o persona interesada, debe radicar la solicitud a través de los canales de atención de siniestros a continuación relacionados, junto con los documentos que acrediten el siniestro

- ✓ Bogotá: Av. Calle 26 # 59 -15, Locales 6, Edificio Avianca
- ✓ Cali: Cra. 4 # 7 – 61, Piso 5, Edificio Banco de Occidente
- ✓ Barranquilla: Cl. 77b #57-103, Edificio Green Tower Oficina 602.
- ✓ Medellín: Cra. 43a # 1 sur –220, piso 2 oficina 201, Edificio Porvenir.
- ✓ Buzón de siniestros: siniestros@segurosalfa.com.co
- ✓ WhatsApp radicación siniestros: 312-510 47 77

DOCUMENTOS PARA LA ATENCION DE SINIESTROS

Los documentos para sustentar las reclamaciones de siniestros, las podrá entregar el interesado en físico o digitalizadas:

Fallecimiento:

- Registro civil de defunción o
- Certificado digital emitido por la Registraduría Nacional del Estado Civil o
- Certificación de cancelación de cédula por muerte emitida por la Registraduría Nacional del Estado Civil o
- Certificación emitida por notaria o
- En el caso de los miembros de las Fuerzas Públicas y de la Policía Nacional, certificación expedida por el Ministerio de Defensa Nacional u organismo competente, en la cual da de baja por muerte a un miembro activo.
- En caso de muerte presunta, la sentencia ejecutoriada que la declare.
- Cualquier otro creado por Ley después de hecha la adjudicación

Incapacidad Total y Permanente:

De acuerdo con la definición de Incapacidad Total y Permanente mencionada anteriormente, se requerirán los siguientes documentos:

- Historia clínica o copia de la epicrisis siempre y cuando cuente con la información suficiente para el análisis por parte de Seguros de Vida Alfa S.A.

  Para aquellos casos en los cuales se requiere historia clínica o epicrisis y en caso de no obtener la misma en los 90 días calendario siguientes a la reclamación por parte del Banco o el Cliente a Seguros de Vida Alfa S.A., esta última realizará el pago del siniestro.

- Certificación: En la que conste la pérdida de capacidad laboral del asegurado igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales

La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la estructuración de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación, en el caso de que no se pueda establecer en el dictamen la fecha de estructuración, la fecha de ocurrencia del siniestro será la correspondiente a la de la emisión del dictamen,en ausencia de ésta, será la de la reunión de la autoridad calificadora, y en ausencia de las anteriores, será la de la notificación del dictamen al asegurado.

El valor a indemnizar será el registrado en la base de datos entregada por el Banco Popular S.A. a Seguros de Vida Alfa S.A

Teniendo en cuenta que el Banco reporta la cartera a asegurar mes vencido para los siniestros que se presenten del período no reportado, el Banco certificará el valor a indemnizar y los incluirá dentro de la base de datos respectiva.

COBRO Y PAGO MENSUAL DE PRIMAS

El cobro de primas de Seguros de Vida Alfa S.A. al Banco Popular S.A, es vencido y las primas se pagarán en un plazo máximo de sesenta (60) días calendario, una vez entregada y aceptada la respectiva factura por parte del Banco Popular S.A.

El Banco Popular S.A., suministrará a Seguros de Vida Alfa S.A. dentro de los treinta (30) días calendario al cierre del mes anterior las bases asegurables de acuerdo con lo establecido en el Anexo 10 (Estructuras Base Asegurable), con la información correspondiente de los clientes para que se validen con los datos del Banco y posterior entrega de la cuenta de cobro de primas descontando lo concerniente al servicio de recaudo de primas otorgada al Banco.

Para la cartera de Libranzas: Coexistencia Operativa entre CNL y FLEXCUBE Activas durante el periodo de coexistencia:

- Se generarán dos reportes independientes con la misma estructura utilizada en la actualidad por CNL.
- Se definió una nueva línea de producto en FLEXCUBE Activas para identificar los

nuevos desembolsos y diferenciarlos del inventario que seguirá administrándose en CNL hasta su extinción.

El Anexo 10, puede ser modificado por el Banco y los mismos se darán a conocer con anticipación a su implementación.

Sin embargo, los plazos mencionados podrán ampliarse de común acuerdo con las partes ante eventos de caso fortuito o fuerza mayor.

El pago de primas se efectuará mediante consignación, cheque o transferencia, que se acordará con Seguros de Vida Alfa S.A y a la entidad que esta designe.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA

- Muerte:

Mínima Ingreso : 18 años
Máxima Ingreso : 88 años más 364 días
Permanencia : Por la duración del crédito

- Incapacidad Total y Permanente:

Mínima Ingreso : 18 años
Máxima Ingreso : 69 años más 364 días
Permanencia : Por la duración del crédito

TASAS Y TARIFAS

De acuerdo con Anexo 1: Condiciones Económicas

En caso de prórroga las tasas para los deudores y/o locatarios, aplicará a partir de la fecha que acuerden las partes y no se podrán modificar en este lapso. En todo caso no se acepta revisión de valor fijo y/o tasas por el periodo de contratación

Por efectos de estudio de crédito y desembolso, la Aseguradora mantiene las tasas que el Banco ofreció a los clientes hasta el 30 de septiembre de 2026 y que su desembolso sea posterior.

Posibilidad de incluir nuevas líneas de crédito durante o posterior a la licitación de acuerdo con las necesidades de las diferentes áreas de producto del Banco

CONTINUIDAD DEL AMPARO

Seguros de Vida Alfa S.A otorga continuidad de coberturas para la totalidad de las personas que vienen actualmente aseguradas dentro del programa de seguros, sin exigencia de

requisitos de asegurabilidad para los deudores y/o locatarios con crédito y seguro vigente a la fecha de expedición de la nueva póliza y por el monto del valor asegurado que se tenga contratado con Seguros de Vida Alfa S.A., por lo tanto, no se aplicará preexistencias.

Esta continuidad contempla las prórrogas, refinanciaciones, renovaciones, unificaciones, reestructuraciones y cualquier otro tipo de acuerdo suscrito con los clientes del Banco que se presenten dentro de la vigencia de la póliza.

Con el ánimo de mantener la continuidad de la cobertura, en caso tal que se presente algún evento por el cual, al término de la vigencia del contrato colectivo, bien sea por expiración de la vigencia o por terminación anticipada, no hubiere sido posible dar inicio a la vigencia de un nuevo seguro, Seguros de Vida Alfa S.A. se compromete a contratar con el Banco la prórroga de la cobertura por un plazo máximo de hasta noventa (90) días calendario, manteniendo las mismas condiciones pactadas inicialmente.

ENDOSOS

Seguros de Vida Alfa S.A. será la encargada de la revisión y análisis de las pólizas endosadas, dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su recibo, para determinar que cumplen con las mismas condiciones técnicas de la presente póliza. El Banco Popular S, A, suministrará una base de datos que permita administrar y controlar el vencimiento de las pólizas.

PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES

Para efecto de la prescripción de las acciones, se contemplará lo mencionado en el artículo 1081 del Código de Comercio.

El Banco Popular S.A., en su calidad de beneficiario de la póliza tiene el carácter de “interesado” y, por lo tanto, el término de prescripción ordinaria comenzará a correr desde el momento en que el Banco Popular S.A. haya tenido conocimiento del siniestro y cuente con la documentación completa.

REVOCACIÓN UNILATERAL

La presente póliza podrá ser revocada por el tomador en cualquier momento, de conformidad con lo indicado en el Código de Comercio.

El Banco se reserva el derecho de hacer uso de las cláusulas de revocación, en los términos estipulados por el artículo 1071 del Código de Comercio, pudiendo dar por terminado total o parcialmente su vínculo con Seguros de Vida Alfa S.A. en cualquier momento, en los términos de Ley.

DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

De conformidad con el Código de Comercio y demás normatividad vigente, aplicable a las pólizas de la presente invitación, el Banco solicitará la devolución de primas a que haya lugar, Seguros

de Vida Alfa S.A. tendrá un plazo de 10 días hábiles para realizar la devolución de primas al Banco y en caso de exceder los 15 días calendario Seguros de Vida Alfa S.A. pagará a favor del Banco y/o beneficiario la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento que se efectué el pago.

Aplica devolución de prima en caso de:

- Créditos para los cuales el deudor realiza el pago total, pero quedó un saldo inferior pendiente y sobre este se sigue generando cobro de seguro cuando el crédito ya debe estar cancelado.
- Créditos para los cuales se ha incluido como deudor asegurado al titular errado.
- Cuando el Banco desconoce del siniestro bien sea por el amparo de muerte o incapacidad total y permanente y continúa asegurando al deudor.
- Coexistencia de seguros, entre otras.

Las opciones de valor pagados son:

- Seguros de Vida Alfa S.A realiza la devolución de la prima descontando la gestión de recaudo
- Seguros de Vida Alfa S.A realiza la devolución de la prima total y el Banco devuelve la gestión de recaudo
- Seguros de Vida Alfa S.A realiza la devolución de la prima en la facturación y descontando la gestión de recaudo.

MODIFICACIÓN DE LAS POLIZAS

Las condiciones de las pólizas expedidas no podrán ser objeto de modificación unilateral por parte de Seguros de Vida Alfa S.A en perjuicio del asegurado. Las modificaciones para efectuar no podrán ser en perjuicio del asegurado.

No se podrán realizar modificaciones de las tasas durante la vigencia del contrato de conformidad con lo establecido en la regulación vigente.

TASAS Y/O TARIFAS QUE SE CONSERVAN EN LA CONTRATACIÓN

1. **Libranzas:** Desembolsadas hasta el 30 de septiembre de 2026 se mantiene siguientes tasas de seguros, hasta la finalización del crédito:

VIGENCIA		EDAD	TASA X MIL ANUAL
FECHA INICIAL	FECHA FINAL		
16/06/2012	30/09/2014	80-84	54,58
16/06/2012	30/09/2014	85-88	74,25

10/10/2012	30/09/2014	70-79	39,12
01/10/2013	30/09/2014	18-69	12,64
01/10/2014	30/09/2018	18-50	6,77
01/10/2014	30/09/2018	51-69	12,64
01/10/2014	30/09/2018	70-79	45,49
01/10/2014	30/09/2018	80-88	114,51
01/10/2018	30/09/2020	18-50	7,50
01/10/2018	30/09/2020	51-69	11,88
01/10/2018	30/09/2020	70-74	25,00
01/10/2018	30/09/2020	75-79	65,42
01/10/2018	30/09/2020	80-88	114,51
01/10/2020	30/09/2022	18-50	7,26
01/10/2020	30/09/2022	51-69	10,50
01/10/2020	30/09/2022	70-74	21,00
01/10/2020	30/09/2022	75-79	53,00
01/10/2020	30/09/2022	80-88	103,0590
01/10/2022	31/10/2022	18-50	7,26
01/10/2022	31/10/2022	51-69	10,50
01/10/2022	31/10/2022	70-74	21,00
01/10/2022	31/10/2022	75-79	53,00
01/10/2022	31/10/2022	80-88	103,0590
01/10/2022	30/09/2024	18-50	7,30
01/10/2022	30/09/2024	51-69	11,20
01/10/2022	30/09/2024	70-74	24,50
01/10/2022	30/09/2024	75-79	75
01/10/2022	30/09/2024	80-88	125
01/10/2024	30/11/2024	18-50	7,30
01/10/2024	30/11/2024	51-69	11,20
01/10/2024	30/11/2024	70-74	24,50
01/10/2024	30/11/2024	75-79	75
01/10/2024	30/11/2024	80-88	125
01/10/2024	30/09/2026	18-50	5,65
01/10/2024	30/09/2026	51-69	8,25
01/10/2024	30/09/2026	70-74	17,20
01/10/2024	30/09/2026	75-79	53,70
01/10/2024	30/09/2026	80-88	126,10

En caso de prórroga las tasas para los deudores y/o locatarios, aplicará a partir de la fecha que acuerden las partes y no se podrán modificar en este lapso de tiempo. En todo caso no se acepta revisión de valor fijo y/o tasas por el período de contratación.

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

Por efectos de estudio de crédito y desembolso, Seguros de Vida Alfa S.A., mantendrá las tasas que el Banco ofreció a los clientes hasta el 30 de septiembre de 2026 y que su desembolso sea posterior.

Posibilidad de incluir nuevas líneas de crédito durante o posterior a la licitación de acuerdo con las necesidades de las diferentes áreas de producto del Banco.

2. **Libranzas créditos nuevos desembolsados a partir del 01 de octubre de 2026**, aplican las tasas de acuerdo con las condiciones del Anexo 1 “condiciones económicas”.

COMPRA VENTA DE CARTERA

El Banco Popular S.A., realiza compra de cartera a entidades originadoras de Libranzas,motivo por el cual requiere la cobertura para los deudores, según las siguientes opciones:

1. Manteniendo las condiciones de las pólizas que tienen los deudores contratados en la cartera adquirida.

2. Incluir los deudores en la póliza que tome el Banco Popular S.A., por cuenta de sus deudores y/o locatarios.

En caso de presentarse titularización o venta de la cartera por parte del Banco, en su calidad de beneficiario oneroso, la póliza podrá ser cedida o endosada, en las mismas condiciones.

ACUERDOS DE NIVELES DE CUMPLIMIENTO (Anexo 13).

INDICADOR	DESCRIPCIÓN INDICADORES DE LOS NIVELES DE CUMPLIMIENTO	DETALLE	TIEMPOS	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
1	**Informes**	1. Anexo 12 del pliego de condiciones. 2. Otros que el Banco considere.	Entrega de acuerdo con lo establecido en el Pliego de Condiciones.	100%
2	**Certificados individuales**	Entrega de certificados individuales de deudores al Banco.	2 días hábiles (horas laborales)	100%
3	**Agendamiento y otorgamiento de citas para realización de exámenes médicos**	Tiempo con el que cuenta la compañía adjudicataria para dar las instrucciones de la realización de exámenes médicos.	1 día hábil máximo (horas laborales)	100%
		Tiempo que se cuenta a partir del momento en que el cliente se realiza los exámenes médicos y la Aseguradora remite respuesta al Banco de aceptación o rechazo.	No podrá superar tres (3) días hábiles, si dentro de ese tiempo no se han manifestado quedarán amparados de acuerdo con las condiciones de la póliza y en caso de rechazo, éste solo operará para los excesos, manteniendo la cobertura para los montos del amparo automático.	100%
4	**Pago de siniestros, objeciones, documentos**	Una vez se presenta a la aseguradora.	Muerte:3 días hábiles. ITP: 5 días hábiles.	80%, calculado mensualmente # siniestros atendidos* / # siniestros presentados* *Dentro de los tiempos establecidos

	pendientes, reconsideraciones.			
5	**Devolución de primas**	Contado a partir de la fecha en que el Banco realiza la solicitud a la Aseguradora.	10 días hábiles (horas laborales)	95%, calculado mensualmente # devoluciones de primas atendidas* / # devoluciones de primas presentadas* *Dentro de los tiempos establecidos
6	**Respuestas para dar trámite a inquietudes, requerimientos, aclaraciones o quejas radicadas a través del Banco**	Se refiere a inquietudes, requerimientos, aclaraciones, tutelas, peticiones, quejas o reclamos de los clientes, este tiempo se cuenta a partir del momento en que Banco realiza la solicitud.	1 día hábil (horas laborales) En el evento de requerirse mayor inmediatez, se le informará a la aseguradora adjudicataria para su cumplimiento.	95%, calculado mensualmente # requerimientos atendidos* / # requerimientos presentados* *Dentro de los tiempos establecidos.
7	**Validación bases asegurables**	Se refiere al plazo estipulado para que una vez recibida la base asegurable la aseguradora emita la respectiva validación.	2 días hábiles (horas laborales) En el evento de requerirse mayor inmediatez, se le informará a la aseguradora adjudicataria para su cumplimiento.	100%
8	**Facturación**	Se refiere al plazo estipulado para que, una vez recibida la información correspondiente al cobro, la aseguradora emita la respectiva facturación.	2 días hábiles (horas laborales) En el evento de requerirse mayor inmediatez, se le informará a la aseguradora adjudicataria para su cumplimiento	100%
9	**Endosos**	Revisión y análisis de las pólizas endosadas de la póliza objeto de esta licitación	2 días hábiles (horas laborales)	100%
10	**Peticiones Banco**	Atención de diversas solicitudes del Banco	2 días hábiles (horas laborales) En el evento de requerirse mayor inmediatez, se le informará a la aseguradora adjudicataria para su cumplimiento.	100%

CESIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

Cesión de Derechos: “Seguros de Vida Alfa S.A acepta de manera anticipada, expresa e incondicional la cesión de los derechos que correspondan o puedan corresponder al Banco como beneficiario a título oneroso en los contratos de seguro de vida deudores y/o locatarios diferentes a aquellos asociados a garantía hipotecaria o leasing habitacional que respalden los créditos que hagan parte de portafolios destinados a ser titularizados. La presente aceptación incluye todos los casos de venta, sustitución o recompra de créditos.”

INCONTESTABILIDAD Y CONVERSIÓN:

Desde el momento de la adjudicación Seguros de Vida Alfa S.A entiende aceptados los riesgos como fueron informados y no tendrá la facultad de demandar por reticencia, del riesgo inicial, más no de las incorporaciones de deudores al grupo asegurado.

ERRORES E INEXACTITUDES DEL TOMADOR:

En caso de errores omisiones e inexactitudes en la información suministrada por el Tomador en: El reporte de sus deudores y/o locatarios diferentes a garantía hipotecaria, valores asegurados, edades, porcentajes de asegurabilidad, aplicación de extraprimas, tasas de los asegurados, que conformen el grupo asegurado y que presenten reclamación por siniestros Seguros de Vida Alfa S.A reconocerá y pagará la indemnización en las condiciones del verdadero estado del riesgo, deduciendo de la misma el valor de las primas que se pudieran adeudar en razón al error, omisión e inexactitud involuntario del Tomador.

ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PLAN ASISTENCIAL POR ACCIDENTE

COBERTURA ODONTOLÓGICA:

Atención odontológica al USUARIO a consecuencia de un accidente personal que genere un trauma dental, entendiéndose como tal cualquiera de los siguientes tratamientos o atenciones odontológicas, siempre que se adecuen a las definiciones y condiciones de accidente y trauma dental descritas en el capítulo II- definiciones de este anexo. Para efectos de cobertura, El accidente se debe haber presentado durante la vigencia de la póliza y en un periodo de tiempo no mayor a un (1) mes previo a la solicitud de la atención.

Los servicios serán atendidos por PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD dentro del territorio Nacional.

Adicionalmente se brindará cobertura internacional del plan dental al USUARIO en caso de urgencia derivada de accidente, siempre y cuando esté radicado en Colombia y se encuentre fuera del país por una estadía temporal no mayor a 60 días continuos, por medio de Reembolso por gastos odontológicos por hasta 300USD por evento. En caso considere necesario podrá solicitar soportes al usuario que permitan corroborar que efectivamente corresponde a una estadía temporal no mayor al plazo estipulado. Para acceder a este servicio en Colombia o fuera, el USUARIO podrá comunicarse a través de los canales de contacto indicados en la sección *proceso de prestación y seguimiento del servicio* de este anexo.

Los servicios serán los siguientes:

COBERTURA ODONTOLÓGICA	PLAN ASISTENCIAL POR ACCIDENTE		
	Accidente	Ambulatorio	Condición
Consulta (Odontología General y/o Especializada)	✓	✓	Ilimitado, desde el primer día
Descuentos en tratamientos no cubiertos	✓	✓	Ilimitado, desde el primer día
Reembolso internacional por gastos odontológicos derivados Accidente de los tratamientos incluidos hasta 300 USD.	✓		Ilimitado, desde el primer día

Examen clínico (Historia Clínica, Diagnóstico, Pronóstico, Plan de Tratamiento)	✓	✓	Ilimitado, desde el primer día
Orientación Odontológica Telefónica para aclaración de dudas	✓	✓	Ilimitado, desde el primer día
Ferulización semirrígida en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Ajustes de Oclusión (quitar contactos entre dientes que generen molestia) en Caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Obturación Provisional en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Restauración en Amalgama dientes posteriores (Clase I; Clase II y MOD) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Restauración en Resina Dientes Posteriores (Clase I; Clase II y MOD) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Restauración en Resina Dientes Anteriores (Clase III; Clase IV y Clase V) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Restauraciones Clase V en Vidrios Ionómeros en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Cementación (pegado) de Corona definitiva o Corona provisional en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Reparación de fracturas en la porción acrílica de dentaduras parciales o totales realizadas en el consultorio (reparación de prótesis dentales en el consultorio) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Exodoncia simple dientes Temporales/Permanentes en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día

Exodoncia quirúrgica dientes temporales y permanentes (impactados, semiincluidos, restos radiculares y terceros molares) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Reimplante de diente avulsionado en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Recubrimiento pulpar directo e indirecto (Colocación de protección al nervio) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Pulpectomía (retiro del nervio dental) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Pulpotomía (retiro parcial del nervio) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día
Tratamiento de conducto (unirradicular, birradicular, multirradicular) en caso de Accidente*.	✓		Ilimitado, desde el primer día
Radiografía Periapical y/o coronal (bitewing) en caso de Accidente	✓		Ilimitado, desde el primer día

*Realizado por primera vez.

Especialidades: Sistemas de interconsultas y referencias con especialista. Si el USUARIO requiere tratamientos o servicios que no se incluyan en el presente contrato, podrá solicitarlos directamente a los odontólogos especialistas de la red, quienes efectuarán un descuento de hasta un 30%, respecto de sus tarifas normales, debiendo el USUARIO pagar todos los costos que se generen por dichos tratamientos no cubiertos.

Documentos para requerir en caso de una urgencia odontológica:

- Copia de historia clínica con tratamiento realizado firmada por el odontólogo tratante.
- Factura de tratamiento con estado Pagado, donde se detalle pieza dental/zona, tratamiento realizado y valor pagado.
- Radiografía periapical y/o coronal inicial y final del diente tratado

*En el caso de Reembolso internacional por gastos odontológicos: Copia de los tiquetes de ida y regreso correspondientes al viaje en el que se requirió la atención odontológica y el tope máximo por evento será el indicado en el Detalle de cobertura. (El monto a reembolsar será liquidado de acuerdo a la tasa representativa del mercado, del día en el que el usuario efectuó el pago correspondiente al servicio odontológico, el reembolso se efectúa por ende en moneda local.)

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Este anexo no cubre servicios originados ni los gastos incurridos directa o indirectamente como consecuencia de eventos que no se puedan catalogar como un trauma dental derivado de Accidente, entre los cuales, a título enunciativo, se encuentran los siguientes:

a) Tratamientos y/o controles no contemplados específicamente en la condición *Cobertura* de este anexo.
b) Tratamientos de Endodoncia convencional: Unirradiculares, Birradiculares y Multirradiculares (tratamientos de conducto) iniciados o realizados por primera vez por parte PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.
c) Retratamiento de conducto Unirradiculares, birradiculares y multirradiculares.
d) Tratamientos estéticos.
e) Accidentes quirúrgicos mayores: originadas por traumatismos severos que suponen fracturas maxilares o de la cara y perdida de sustancia calcificada y dientes. Este anexo no cubre estetipo de Accidentes, ya que se considera una Accidente médica, amparada por pólizas de accidentes personales y/o hospitalización y cirugía. Además, requiere de la intervención de un equipo médico multidisciplinario (cirujanos plásticos, traumatólogos, cirujanos maxilofaciales y anestesiólogos) y el uso de tecnología y equipos de diagnóstico sofisticados. El tratamiento es comúnmente quirúrgico y se realiza hospitalariamente, es decir, no se hace en un consultorio odontológico.
f) Anestesia general o sedación en niños y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y cubiertos de acuerdo al numeral 1 anterior, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
g) Anomalías congénitas.
h) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
i) Radioterapia o quimioterapia.
j) Atención o tratamiento médico odontológicos que no se ajusten a la definición de Accidente y Trauma dental indicados en el capítulo II- definiciones de este anexo.
k) Trauma Dental producido por: conductas voluntarias y/o conscientes; Práctica de deportes de contacto; Actos imprudentes o negligencia (Falta de preocupación) en el actuar del Usuario y los asociados a masticación.
l) Cualquier medicamento formulado necesario para la realización o como complemento de cualquiera de los procedimientos cubiertos y no cubiertos por este anexo.

Horario de Atención: Las Solicitudes se recibirán 24/7 y Los Servicios se prestarán conforme al horario y disponibilidad de cada prestador, incluida la atención 24/7.

Los USUARIOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación

Atención del USUARIO por EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD:

1. El USUARIO debe asistir la cita que le fue agendada previamente y presentar su documento de identidad.
2. EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD le solicitará al USUARIO su documento de identificación, a fin de comprobar que es el USUARIO que se agendó por medio de EL PRESTADOR

DE SERVICIOS DE SALUD

3. Una vez validada la información, EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD deberá atender al USUARIO verificando lo siguiente:

- Si el USUARIO presenta un trauma dental derivado de accidente EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD deberá proceder a realizar los tratamientos que se encuentran en su plan de cobertura.

- Si el USUARIO no está presentando un trauma dental derivado de accidente o el tratamiento requerido no está incluido en la condición 1 de este anexo, EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD deberá hacerle el examen completo e indicarle el presupuesto para tratamientos no cubiertos con el valor según convenio (tarifas preferenciales)

ATENCIÓN POR REEMBOLSO

- En caso de que el USUARIO requiera de los Servicios cubiertos por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, PRESTADORES DE SERVICIOS podrá recibir el Servicio requerido l con previa autorización.

  Condiciones:

  - El USUARIO debe contar con la cobertura del servicio vigente.
  - La atención del servicio debe ser solicitado a través de los canales de atención acordados con la compañía.
  - El reembolso solamente aplica para las atenciones autorizadas bajo esta modalidad y la cobertura será para los servicios determinados como incluidos en la asistencia y las condiciones descritas.
  - El monto pagado por reembolso corresponderá a un promedio de los costos para servicios similares en la misma zona geográfica. Jamás superará el tope establecido por evento para el servicio y descontando el valor correspondiente al copago establecido para el servicio en los casos en que aplique.

  Documentos generales a requerir:

  - Solicitud dirigida al PRESTADOR DE SERVICIO solicitando el reembolso donde se consigne: nombre completo del USUARIO, Número de documento de identidad, dirección de residencia del USUARIO, ciudad, valor a pagar, tipo de cuenta (ahorros o corriente), No. cuenta, banco, ciudad, nombre y cédula del titular de la cuenta. La Solicitud debe estar firmada con nombre y número de documento de identidad.
  - Factura del servicio con todo el lleno de requisitos legales y con estado pagado. (cuando el servicio así lo requiera).
  - Cualquier otro documento requerido para el estudio del reembolso indicado en las condiciones del servicio cuando aplique.

Para que la reclamación sea válida, el usuario deberá establecer contacto con EL PRESTADOR DE SALUD en un tiempo máximo de sesenta (60) días calendario posteriores a la autorización de atención bajo reembolso, dentro de los cuales deberá hacer el envío a EL PRESTADOR DE SERVICIO de la totalidad de los documentos solicitados. Si transcurrido este período el Usuario no envía la documentación requerida, se entiende que renuncia a la solicitud reembolso.

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

ANEXO SERVICIO: DESCUENTO EXAMENES MÉDICOS

El Usuario tendrá a su disposición descuentos preferenciales de hasta un **40%** para realización de exámenes, laboratorios e imagenología simples de baja y mediana complejidad por medio de una red de prestadores a nivel nacional.

El servicio consiste en un convenio para descuento en exámenes el cual se prestará de manera ilimitada para el Usuario, de lunes a viernes de 6:00 am a 6:00 pm y sábados de 06:00am a 12:00m. En las ciudades donde el aliado tenga presencia entre las cuales se encuentran: Bogotá D.C., Soacha, Girardot, Chía, Medellín, Cali, Cartago, Calarcá, Bucaramanga, Floridablanca, Ibagué, Pereira, Pamplona, Neiva, Manizales, Villavicencio, Cúcuta, Pasto, Barranbermeja.

*Las ciudades pueden cambiar sin previo aviso, está sujeto a disponibilidad del prestador.

Proceso para redimir el beneficio:

1. El USUARIO deberá solicitar la autorización del beneficio Al prestador de servicio por medio de la plataforma En Línea o telefónicamente.
2. Recibirá un correo electrónico con la autorización para el descuento y la información del beneficio.
3. El Usuario se contactará con el aliado a la línea allí indicada para la programación de cita según su requerimiento.
4. En la fecha programada para el procedimiento, el Usuario presentará al Aliado la autorización para aplicación de descuento

EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de LOS SERVICIOS establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

1. La realización del exámen cuando el USUARIO no siga las indicaciones dadas desde el centro de atención como preparación para la toma de examen.
2. Cuando el Usuario se niegue a colaborar con el personal designado para la prestación de los servicios.
3. La asignación y/o prestación del servicio cuando el usuario no presente los soportes de orden de medica legibles y claros.
4. Lectura de exámenes.
5. Cuando el usuario no presente la carta con cupón de autorización enviada por el prestado de servicio no se aplicará beneficio de descuento otorgado.

ANEXO SERVICIO: REVISTAS DIGITALES

MEMBRESIA REVISTAS DIGITALES

El servicio está encaminado a proporcionar al Usuario titular del servicio, una membresía para acceder a la plataforma digital donde podrá leer de manera ilimitada y desde cualquier dispositivo móvil o computador, las últimas ediciones de más de 100 revistas como: Semana, Dinero, Cromos, Axxis, National Geographic, Muy Interesante, SoHo, ¡Hola!, Donjuan, Aló, entre otras; todas ellas en edición digital, idénticas a la edición impresa.

El servicio de revistas digitales tiene las siguientes especificaciones:

- El Usuario debe ingresar a la plataforma de En Línea para poder acceder al servicio.
- Una vez haya ingresado en la opción de Revistas Digitales podrá leer todo el histórico y las ediciones actuales publicadas de las revistas durante la vigencia del servicio.
- El servicio permite la lectura on-line desde cualquier equipo conectado a internet, desde tabletas y teléfonos inteligentes hasta dispositivos de escritorio / laptop.
- El listado de las revistas digitales puede variar durante la vigencia.

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

TOMADOR: BANCO POPULAR SA
NIT: 860.007.738-9
VIGENCIA: Desde el 01 de octubre de 2026 a las 00:00 horas,
Hasta el 30 de septiembre de 2028 a las 24:00 horas

ANEXO No 1
CONDICIONES ECONÓMICAS

Créditos a partir de 01 de octubre de 2026.

.

RANGO DE EDAD	TASA POR MIL (‰) ANUAL
Entre 18 y 50 años 364 días	7,32
Entre 51 y 69 años 364 días	11,27
Entre 70 y 74 años 364 días	24,81
Entre 75 y 79 años 364 días	80,01
Entre 80 y 88 años 364 días	135,59
*Las Tasas aquí indicadas aplican por la permanencia del credito. Las Tasas anteriores pueden ser consultadas en el link de la póliza abajo citada	

SERVICIO DE RECAUDO DE PRIMAS

Teniendo en cuenta que el **Banco Popular S.A.** realizará la gestión de recaudo de las primas, **Seguros de Vida Alfa S.A.** reconocerá al Banco una remuneración por concepto de administración y recaudo, aplicable sobre el valor de las primas recaudadas mensualmente

Costo de recaudo:

Primer año de vigencia: Se reconocerá un costo de recaudo equivalente al **27.00%** más IVA sobre el valor total de las primas recaudadas mensualmente.

Segundo año de vigencia: El costo de recaudo será variable y se determinará de acuerdo con el índice de siniestralidad registrado durante el primer año de vigencia de la póliza, conforme a la siguiente tabla:

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES GRD- 464

ÍNDICE DE SINIESTRALIDAD % AÑO 1	TARIFA DE RECAUDO MÁS IVA	
	AÑO 1	AÑO 2
>71	27,00%	16,00%
(70 -71]	27,00%	16,71%
(69 -70]	27,00%	17,43%
(68 -69]	27,00%	18,14%
(67 -68]	27,00%	18,85%
(66 -67]	27,00%	19,57%
(65 -66]	27,00%	20,28%
<=65	27,00%	21,00%

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

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a partir del 30 de septiembre del 2026.



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

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 DICHOS 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 DICHOS 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 perdida 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 cuadriplejia	100% de la suma asegurada

RIESGOS AMPARADOS	SUMA INDEMNIZABLE
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

RIESGOS AMPARADOS	SUMA INDEMNIZABLE
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 cardiaco 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 cardiacas.

5.4.5. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA: haberse sometido a cirugía cardiaca 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 agínales, 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 la 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 mas 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

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 rembolsará 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.

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.

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 diagnostico 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 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 Y PERMANENTE	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 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 hiciere 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 muriere 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 respecto 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 envió 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.