

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PROTECCIÓN ACCIDENTAL CONDICIONES BANCO AV VILLAS

Señor asegurado, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió. Esta póliza se compone de las presentes condiciones el certificado individual y/o la solicitud del seguro.
EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ART. 184 DEL EOSF Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, CADA UNA DE LAS EXCLUSIONES SERÁN ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

1. COBERTURAS

1.1. MUERTE ACCIDENTAL

¿Qué me cubre? Si durante la vigencia de la póliza usted muere a consecuencia de un accidente, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.

IMPORTANTE

- Se cubrirá la muerte que ocurra hasta 180 días después de la ocurrencia del accidente.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado si tiene una incapacidad permanente a consecuencia de un accidente. Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

- El dictamen que pruebe su incapacidad permanente debe ser emitido por la EPS, ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez u organismo competente según el régimen aplicable.
- La calificación de pérdida de capacidad debe ser superior al cincuenta por ciento (50%).
- La fecha que se tendrá en cuenta para el pago de la indemnización será la fecha de estructuración de la incapacidad.

1.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN ACCIDENTAL

¿Qué me cubre? Usted recibirá una renta diaria por hospitalización, hasta por 10 días, si es internado en una clínica u hospital a causa de un accidente.

IMPORTANTE

- El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas.
- Se amparan máximo 10 días de hospitalización por año.

1.4. ASISTENCIAS MÉDICA INTERNACIONAL

¿Qué me cubre? Usted tiene a su disposición la asistencia de Gastos Médicos en el exterior por accidente en viaje, para acceder a esta asistencia puede comunicarse a nuestras líneas de atención.

IMPORTANTE

El límite de la asistencia médica el segmento masivo es el siguiente:

- 15.000 EUR en Europa
- 10.000 USD en el resto del mundo

El límite de la asistencia médica para el segmento preferente es el siguiente:

- 35.000 EUR en Europa
- 25.000 USD en el resto del mundo

2. EXCLUSIONES GENERALES

¿Qué NO me cubre?

1	Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.	2	Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
3	Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no con otro país.	4	Enfermedades, lesiones, accidentes o eventos padecidos, conocidos o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia del presente seguro.

3. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación a usted le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá presentar la fotocopia del documento de identidad del asegurado y/o beneficiario, el formulario de declaración de siniestros y los documentos mencionados a continuación u otro que usted considere pertinente. Por favor tenga en cuenta los documentos que aplican al tipo de cobertura.

MUERTE ACCIDENTAL

Copia del registro de defunción.

Copia del acta de levantamiento del cadáver o certificación de la Fiscalía que indique fecha la causa de la muerte y los datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste la causa de la muerte.

INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL

Original o Copia del dictamen de invalidez de la Junta Regional o Nacional de Calificación en el que conste causa de la invalidez, porcentaje de invalidez y descripción de disminución.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN ACCIDENTAL

Historia clínica o epicrisis con fecha de ingreso y egreso de la hospitalización.

IMPORTANTE

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

4. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

1

Complete los documentos.

2

Remita la documentación por cualquiera de los siguientes medios:
A través de WhatsApp escribiéndonos a la línea de atención 3125104849.
A través de las oficinas del Banco AV Villas.

3

Una vez enviada la documentación completa, Seguros de Vida Alfa S.A. procederá a resolver la reclamación y le contactaremos para informarle la resolución del caso

Código Condicionado: 01/02/2024-1417-P-31-9229000427900000-0R00

Nota Técnica: 08/04/2022-1417-NT-P-31-V-P-BSAPAV-2022-16-0R00

IMPORTANTE

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

5. ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales o interponer una queja o reclamo, por favor comuníquese con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular así:

BOGOTÁ	CALI	MEDELLÍN	BARRANQUILLA	BUCARAMANGA	A NIVEL NACIONAL
60(1) 7455550	60(2) 4850840	60(4) 6040576	60(5) 3851862	60(7) 6971246	018000968181

- De conformidad con lo establecido en el artículo 1048 del Código de Comercio, tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones.
- A través del Defensor del Consumidor Financiero, como vocero y conciliador ante las entidades financieras, podrán ser formuladas las quejas respecto al producto y servicio prestados por nuestra compañía de manera gratuita. Las quejas serán resueltas dentro del marco de sus funciones, sin que se exija ninguna formalidad adicional a su identificación, datos de contacto y descripción de los hechos y derechos que considere vulnerados.
- Datos del Defensor del Consumidor Financiero: José Fernando Zarta y Luis Fernando Pinzón. E-mail: defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co/defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co.
- Dirección física y de correspondencia: Av. Calle 26 No. 59-15, local 6 Bogotá D.C. de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua o al teléfono 60 (1) 7435333 Ext. 14451 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para más información ingrese a la página <https://www.segurosalfa.com.co> sección **Legal** y opción **Consumidor Financiero**.

6. DEFINICIONES

ASEGURADO	La persona titular de producto financiero.
ACCIDENTE	Se entenderá por accidente el hecho imprevisto, repentino, comprobable y fortuito ajeno a la voluntad del asegurado.
BENEFICIARIO	Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación: Para la cobertura de Muerte Accidental: Beneficiarios Designados o los de Ley. Para las coberturas de Incapacidad Total Permanente Accidental, Detección de Cáncer y Renta Daria por Hospitalización: El Asegurado.

**SEGUROS ALFA S. A.**

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

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

Código Condicionado: 01/02/2024-1417-P-31-9229000427900000-0R00

Nota Técnica: 08/04/2022-1417-NT-P-31-V-P-BSAPAV-2022-16-0R00