

# PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL HIPOTECARIO

## 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.

### 1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

**¿Qué me cubre?** Usted recibirá el pago de su indemnización, equivalente al número de cuotas que correspondan según el número de días de la incapacidad, si es incapacitado(a) temporalmente por accidente o enfermedad.

La indemnización se realizará a partir del día 15 de incapacidad, de acuerdo con la siguiente tabla:

#### IMPORTANTE

- La incapacidad deberá tener una duración igual o superior a 15 días corrientes continuos y que no haya sido causada por su voluntad.
- Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 30 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- La certificación de la incapacidad debe ser emitida por el médico de la EPS, SISBÉN, ARL, medicina prepagada o póliza de salud.
- No se cubre la incapacidad que ocurra a consecuencia del intento de suicidio.

**¿Qué NO me cubre?:**

1

Licencias de maternidad o licencias de paternidad.

2

Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desordenes nerviosos o enfermedad mental.

### 1.3. ENFERMEDADES GRAVES

**¿Qué me cubre?** Usted recibirá el pago de su indemnización, si le es diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes siete (7) enfermedades graves:

1.3.1. **Cáncer:** Este seguro cubre el primer diagnóstico de cáncer maligno independiente de su localización o etapa.

1.3.2. **Infarto agudo de miocardio,** comúnmente conocido como Infarto al Corazón.

1.3.3. **Cirugía de angioplastia coronaria o revascularización cardiaca.**

1.3.4. **Accidente cerebrovascular isquémico y/o hemorrágico.**

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

1.3.6. **Esclerosis múltiple.**

**1.3.7. Trasplante de órganos mayores:** Este seguro cubre el trasplante de un órgano vital completo que usted se realice dentro de la vigencia de la póliza de los siguientes órganos: Corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

**IMPORTANTE**

**¿Cómo funciona esta cobertura?**

- Únicamente se cubren diagnósticos a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Las enfermedades graves y/o procedimientos deben ser diagnosticados y/o certificados por el médico de la EPS, SISBÉN, ARL, medicina prepagada o póliza de salud, lo cual podrá ser probado con la historia clínica y soporte del diagnóstico.

## 2. EXCLUSIONES GENERALES

**¿Qué NO me cubre?**

<b>1</b>	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.	<b>2</b>	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.
<b>3</b>	Actos delictivos o contravencionales de acuerdo con 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.	<b>4</b>	Enfermedades, lesiones, accidentes o eventos padecidos, conocidos o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia del presente seguro.

## 3. ECOSISTEMA DE SERVICIOS

Como asegurado de SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., tienes a tu disposición una plataforma de servicios que te permitirán disfrutar los beneficios que seleccionaste al momento de la suscripción del seguro. El alcance, condiciones y disponibilidad de los servicios del ecosistema estará determinado por la Aseguradora.

Los servicios los otorgan SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., en alianza con Cardif Colombia Seguros Generales S.A. Para mayor información sobre los servicios ingresa a nuestra página web [www.activatecontuseguro.com](http://www.activatecontuseguro.com) o comunícate con nuestras líneas de atención en Bogotá 60(1) 7455550, Cali 60 (2) 4850840, Medellín 60 (4) 6040576, Barranquilla 60 (5) 3851862, Bucaramanga 60 (7) 6971246 y resto del país 018000968181.

## 4. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación corresponde al asegurado y/o beneficiario, demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida conforme a lo previsto por el artículo 1077 del Código de Comercio. Sin perjuicio de la libertad probatoria prevista en la ley, se podrán presentar los documentos mencionados a continuación, así como cualquier otro que considere pertinente:

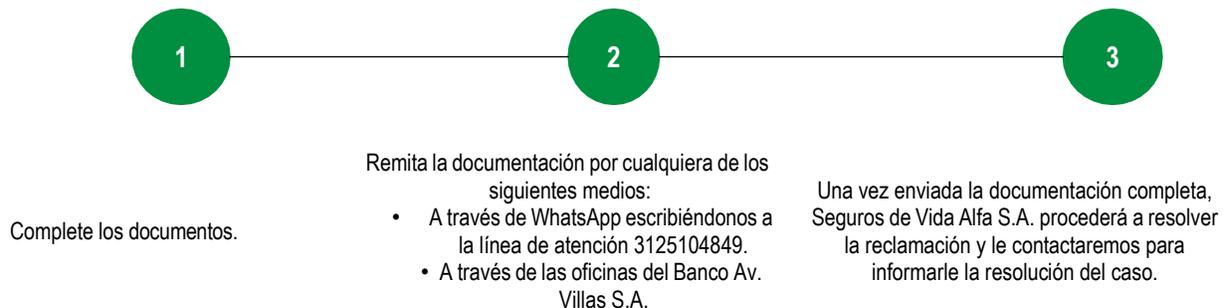
MUERTE ACCIDENTAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del registro de defunción.</li> <li>• Copia del acta de levantamiento del cadáver o certificación de la Fiscalía que indique fecha, la causa de la muerte y los datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste la causa de la muerte.</li> </ul>
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días calendario. Estos certificados y exámenes deberán ser emitidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado, médico especialista en medicina ocupacional o médico facultado por las fuerzas militares o policía nacional.</li> </ul>
ENFERMEDADES GRAVES

- Historia clínica o epicrisis en donde conste el diagnóstico de la enfermedad.
- Certificados médicos en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado o médico independiente licenciado en Colombia.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.).

### IMPORTANTE

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

## 5. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN



### IMPORTANTE

Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación del siniestro, la definición de la reclamación se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, su derecho ante la aseguradora, esto es, la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

Si da lugar al pago, la aseguradora estará obligada a efectuar el pago de la reclamación dentro de los 25 días siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario lo acredite. Vencido este plazo, la aseguradora deberá reconocer al asegurado o beneficiario, además del valor a indemnizar, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera de Colombia, aumentado en la mitad.

## 6. 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](mailto:defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co)/[defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co](mailto: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 mayor información ingrese a la página <https://www.segurosalfa.com.co> sección **Legal** y opción **Consumidor Financiero**.

## 7. DEFINICIONES

<b>¿QUÉ NO ME CUBRE?</b>	Son las exclusiones de la póliza.
<b>ACCIDENTE</b>	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.
<b>AÑO</b>	El primer año inicia a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia mensual.
<b>ASEGURADO</b>	Es la persona titular del producto financiero y del interés objeto de seguro que aparece en la solicitud de seguro y/o certificado individual de seguro.
<b>ASEGURADORA</b>	Es la empresa que asume la cobertura del riesgo.
<b>BENEFICIARIO</b>	<p>Persona o entidad autorizada por parte del asegurado para recibir los beneficios y pagos correspondientes en caso de reclamación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para la cobertura de Muerte Accidental:</b> Los beneficiarios designados o en su defecto los de ley.</li> <li>• <b>Para la cobertura de Incapacidad Total Temporal:</b> Cuando haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será: EL BANCO AV VILLAS S.A. Cuando no haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será: El asegurado.</li> <li>• <b>Para la cobertura de Enfermedades Graves:</b> El beneficiario será el asegurado</li> </ul>
<b>CONSUMIDOR FINANCIERO</b>	Es todo cliente, usuario o cliente potencial de las entidades vigiladas
<b>DAÑO ACCIDENTAL</b>	se entiende como daño accidental, los sufridos como consecuencia directa de un accidente, esto es, un suceso externo, imprevisto, repentino, violento, visible e independiente de la voluntad del asegurado.
<b>INDEMNIZACIÓN</b>	Pago de la suma asegurada como consecuencia de un siniestro.
<b>PERÍODO DE CARENCIA</b>	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 periodo de carencia será el indicado en cada una de las coberturas que aplique.
<b>PRIMA</b>	Es el precio del seguro establecido en el certificado individual de seguro.
<b>RECAÍDA</b>	Cuando dentro de los 60 días siguientes a la terminación de una incapacidad temporal reportada previamente, usted presenta una nueva incapacidad médica que tiene relación directa con el accidente que originó la incapacidad anterior.
<b>SINIESTRO</b>	Ocurrencia de los sucesos amparados que originen el pago del valor asegurado de la presente póliza.
<b>TOMADOR</b>	Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.
<b>VALOR ASEGURADO</b>	Es el valor máximo que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.
<b>VIGENCIA DEL SEGURO</b>	Tiempo en que la compañía de seguros extiende la cobertura contratada por el asegurado



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

**ASEGURADORA: 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 de Condicionado: 03/03/2025-1417-P-31-9279000430800000-0R000

Código de Nota Técnica: 06/02/2023-1417-NT-P-31-VP-BSAPAV2023-16-0R00