

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO**



El suministro del presente formulario no implica la aceptación de responsabilidad alguna por parte de la Compañía de Seguros  
El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad en letra legible, sin tachones, rayas, ni palabras en comillas y escrita de puño y letra del beneficiario.

Tipo de Producto Bancario afectado					
Crédito Hipotecario <input type="checkbox"/>	Credivillas Personal <input type="checkbox"/>	Cuenta <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>		
Cobertura afectada					
<b>SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE CÁNCER FEMENINO</b>	Muerte <input type="checkbox"/> Accidental <input type="checkbox"/> Cirugía reconstructiva por Cáncer de Seno <input type="checkbox"/>	Detección de Cáncer Femenino <input type="checkbox"/> Operación de Cáncer Femenino <input type="checkbox"/>	Incapacidad Total Temporal como Consecuencia de Cáncer Femenino <input type="checkbox"/> Renta diaria por Hospitalización por Cáncer Femenino <input type="checkbox"/>		
<b>SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ENFERMEDADES GRAVES</b> Crédito Nú. _____	Desempleo Involuntario <input type="checkbox"/>	Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/>	Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>		
<b>SEGURO TARJETA PROTEGIDA INTEGRAL</b> <b>PRODUCTO BANCARIO AFECTADO</b> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> No. _____ Tarjeta Débito <input type="checkbox"/> No. _____ Chequera <input type="checkbox"/> No. _____	Uso indebido de la tarjeta <input type="checkbox"/> Hurto en Cajero Electrónico <input type="checkbox"/>	Utilización forzada <input type="checkbox"/> Compra Protegida <input type="checkbox"/> Hurto en Cajero Electrónico <input type="checkbox"/>	Compra Fraudulenta por Internet <input type="checkbox"/> Hurto en Cajero Oficina/Sucursal <input type="checkbox"/>		
<b>CUENTA PROTEGIDA INTEGRAL</b> <b>PRODUCTO BANCARIO AFECTADO</b> Cuenta <input type="checkbox"/> No. _____	Uso indebido de la tarjeta debito, talonario y/o chequera <input type="checkbox"/> Hurto en Cajero Electrónico de cualquier red <input type="checkbox"/>	Utilización forzada de la tarjeta debito, talonario y/o chequera <input type="checkbox"/> Hurto en Cajero para retiros en las oficinas o sucursales del Banco o de cualquier Banco del grupo Aval <input type="checkbox"/>	Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Incapacidad Total Permanente accidental <input type="checkbox"/>		
<b>NÓMINA PROTEGIDA INTEGRAL</b> <b>PRODUCTO BANCARIO AFECTADO</b> Cuenta <input type="checkbox"/> No. _____	Uso indebido de la tarjeta debito, talonario y/o chequera <input type="checkbox"/> Hurto en Cajero Electrónico de cualquier red <input type="checkbox"/> Desempleo Involuntario <input type="checkbox"/>	Utilización forzada de la tarjeta debito, talonario y/o chequera <input type="checkbox"/> Hurto en Cajero Humano en sucursales del Grupo Aval <input type="checkbox"/>	Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>		
<b>PROTECCIÓN FAMILIAR INTEGRAL TITULAR, TITULAR Y CONYUGE</b> <b>PRODUCTO BANCARIO AFECTADO</b> Crédito <input type="checkbox"/> No. _____ Cuenta <input type="checkbox"/> No. _____ Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> No. _____	Muerte <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente como consecuencia de un accidente sufrido como pasajero de cualquier medio de transporte distinto de una aeronave <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>	Incapacidad Total Permanente <input type="checkbox"/> Renta Canasta Familiar beneficiarios <input type="checkbox"/> Detección Cáncer Femenino <input type="checkbox"/>	Incapacidad Total Permanente como Consecuencia de un Accidente Sufrido como Pasajero de una Aeronave <input type="checkbox"/> Renta Mensual para la Pensión Escolar de los Hijos del Asegurado <input type="checkbox"/> Detección Cáncer Masculino <input type="checkbox"/>		
<b>DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA EMPLEADOS O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, PARA INDEPENDIENTES, CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, DETECCIÓN DE CÁNCER FEMENINO Y DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA.</b> <b>PRODUCTO BANCARIO AFECTADO</b> Credivillas Nú. _____	Desempleo Involuntario <input type="checkbox"/> Detección Cáncer Femenino <input type="checkbox"/>	Incapacidad Total Temporal <input type="checkbox"/> Detección Cáncer Masculino <input type="checkbox"/>	Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>		
<b>VIDA AHORRADOR PROTECCION IDEAL</b> <b>PRODUCTO BANCARIO AFECTADO</b> Cuenta <input type="checkbox"/> No. _____	Muerte por cualquier causa <input type="checkbox"/> Incapacidad Total Permanente <input type="checkbox"/> Renta de libre destinación en caso de Muerte <input type="checkbox"/>	Hurto en Cajero para retiros en las oficinas o sucursales del Banco o de cualquier Banco del grupo Aval <input type="checkbox"/> Hurto en Cajero Electrónico de cualquier red <input type="checkbox"/> Uso indebido de la tarjeta debito, talonario o chequera <input type="checkbox"/>	Utilización forzada de la tarjeta debito, talonario o chequera <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>		
<b>SEGURO DE CANCER</b> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> No. _____ Tarjeta Débito <input type="checkbox"/> No. _____	Muerte por cualquier causa <input type="checkbox"/>	Diagnostico de Cancer Maligno <input type="checkbox"/>			
Datos del Asegurado					
Nombres:			Apellidos:		
Tipo de identificación:		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PS. <input type="checkbox"/>	Numero de Identificación
Actividad económica:		Empleado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Rentista o Pensionado <input type="checkbox"/>
Tipo de Contrato del Asegurado:		Obra o Labor <input type="checkbox"/>	Servicios <input type="checkbox"/>	Asociado a Cooperativa <input type="checkbox"/>	Termino Indefinido <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:		D D M M A A A A			Término Fijo <input type="checkbox"/>
Parentesco:		Estado Civil:			Otro Tipo <input type="checkbox"/>
Ciudad:		Dirección Residencia:			Cual?: _____
Celular:		Departamento:			
		Teléfono fijo:			
Datos del Siniestro					
Declaración de los hechos constitutivos de siniestro:			Fecha de ocurrencia del siniestro: D D M M A A A A		



**LISTA DE DOCUMENTOS PARA ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO\***

\* Nota: Remítase a la hoja adicional del presente formato, para ver el listado de documentos a presentar para la reclamación del siniestro de cada una de las coberturas

Sin perjuicio de la libertad probatoria, a título simplemente informativo, y con el fin de facilitar el proceso de reclamación se podrán allegar los documentos mencionados en el anexo, sin que se constituyan los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO CORRESPONDERÁ AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y LA CUANTÍA DEL SINIESTRO.

**LISTADO DE DOCUMENTOS A ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO**

Sin perjuicio de la libertad probatoria, a título simplemente informativo, y con el fin de facilitar el proceso de reclamación se podrán allegar los siguientes documentos sin que se constituyan los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y la cuantía del siniestro. Seguros Alfa S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A. Podrá solicitar cualquier documento adicional que sea necesario para poder determinar la ocurrencia o las circunstancias del siniestro así como su cuantía.

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE CÁNCER FEMENINO**

**Muerte Accidental.**

En caso de presentarse un siniestro por muerte accidental, el (los) beneficiario (s) deberá (n) allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el (los) beneficiario (s).
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento o prueba de identidad del beneficiario
- Necropsia o croquis del accidente, o acta de levantamiento de cadáver o certificado de la Fiscalía, siempre y cuando en dicho documento se encuentre consignada la causa de la muerte.
- Copia del registro de defunción o documento que haga sus veces donde conste la causa de la muerte del asegurado.

**Detección de Cáncer Femenino (Cáncer de Seno Cáncer de Ovarios, Cáncer de Útero y/o Cuello Uterino).**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Alguno de los siguientes exámenes en original o fotocopia:
  - Marcadores tumorales.
  - Mamografía de seno, ecografías u otras imágenes diagnósticas compatibles con presencia de cáncer o metástasis.
  - Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente (seno, ovario, útero o cérvix uterino) tomado mediante biopsia, BACAF o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.
  - Diagnostico del médico especialista que determina la presencia del cáncer.

**Cirugía Reconstructiva por Cáncer de Seno.**

En caso de presentarse un siniestro por cirugía reconstructiva por cáncer de seno, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Resumen de historia clínica ó epicrisis.
- Original o copia del documento expedido por la institución médica que realizó el procedimiento, donde se indique el procedimiento realizado.
- Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente tomado mediante biopsia, BACAF o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.
- Diagnostico del médico especialista que determina la necesidad de cirugía reconstructiva

**Operación de Cáncer Femenino.**

En caso de presentarse un siniestro por intervención quirúrgica de cáncer femenino, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Resumen de historia clínica ó epicrisis.
- Original o copia del documento expedido por la institución médica que realizó el procedimiento, donde se indique el procedimiento realizado.
- Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente tomado mediante biopsia, BACAF o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.
- Diagnostico del médico especialista que determina la necesidad de la cirugía

**Renta Diaria por Hospitalización por Cáncer Femenino.**

En caso de presentarse un siniestro por renta diaria por hospitalización por cáncer femenino, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Resumen de historia clínica ó epicrisis con fecha de ingreso y egreso de la hospitalización.
- Original o copia del documento expedido por la institución médica que realizó el procedimiento, durante la hospitalización, donde se indique el procedimiento realizado, si lo hubo.
- Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente tomado mediante biopsia, BACAF o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.

**Incapacidad Total Temporal como consecuencia de Cáncer Femenino.**

En caso de presentarse un siniestro por incapacidad total temporal por cáncer femenino, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Certificados y exámenes médicos que acrediten la incapacidad total temporal, a causa del cáncer, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional.
- Certificado del último pago de aportes al Sistema de Seguridad Social.
- Alguno de los siguientes exámenes:
  - Marcadores tumorales.
  - Mamografía de seno, ecografías u otras imágenes diagnósticas compatibles con presencia de cáncer o metástasis.
  - Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente (seno, ovario, útero o cérvix uterino) tomado mediante biopsia, BACAF o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.

**SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES**

**Desempleo involuntario.**

En caso de presentarse un siniestro por desempleo involuntario, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, donde se especifique el tipo de contrato laboral y la vigencia bajo el cual se encontraba vinculado el asegurado.
- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- En caso de estar afiliado a una cooperativa de trabajo asociado, certificación de la causal de retiro del asociado.
- Para Credivillas Personal y Crédito Hipotecario, certificación expedida por el Banco en el que se identifique el saldo del crédito, altura de mora y proyección de cuotas.
- Para contratos a término fijo debe incluir la constancia de la terminación anticipada del mismo.

**Incapacidad Total Temporal.**

En caso de presentarse un siniestro por Incapacidad Total Temporal, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o fotocopia de los certificados y exámenes médicos que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante independiente, adjuntar copia de planilla de aportes a seguridad social. En caso de estar realizando estos aportes a través de una persona jurídica, certificación laboral donde se evidencie tipo de contrato ó copia de contrato laboral.
- Ampliación de la Incapacidad Total Temporal

En caso de ampliación o extensión del estado de incapacidad total temporal, deberá presentar original o copia de los certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional.

Tabla de amortización del crédito (aplica para créditos y debe suministrarlo el banco)  
 - NOTA: Si el asegurado vuelve a presentar una incapacidad por más de 15 días dentro de los 60 días siguientes a la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán las cuotas generadas antes de la recaída y las que surjan como consecuencia de la misma. Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos 60 días de la incapacidad inicial, se constituirá como un nuevo evento y tendrá derecho al pago de hasta seis (6) cuotas para Crédito Hipotecario y Credivillas Personal. Para Tarjeta de Crédito la cobertura opera máximo hasta cuatro (4) cuotas para el nuevo evento, de acuerdo con la siguiente tabla:

Días de Incapacidad Total Temporal Certificada	# de Pagos a Aplicar
15 – 44 días calendario consecutivos	1
45 – 79 días calendario consecutivos	2
80 – 109 días calendario consecutivos	3
110 – 139 días calendario consecutivos	4
140 – 169 días calendario consecutivos	5
170 días calendario consecutivos o más.	6

**Enfermedades Graves**

En caso de presentarse un siniestro por enfermedades graves, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado o su apoderado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Certificados y exámenes médicos originales del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP del asegurado, o médico especialista en medicina ocupacional. El médico o especialista que emita el dictamen no podrá ser familiar en tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado.
- Copia de los exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

**SEGURO DE SUSTRACCIÓN TARJETA, CUENTA Y NOMINA PROTEGIDA****Uso Indebido de la tarjeta.**

En caso de presentarse un siniestro por uso indebido de la Tarjeta de Crédito, Débito y/o Chequera, el asegurado deberá aportar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o fotocopia del denuncia del hecho ante Autoridad Competente donde se especifique, detalle, fecha y hora de ocurrencia de los hechos.
- Certificación del Banco en la cual se evidencien las operaciones que se dieron como consecuencia del uso indebido de la Tarjeta de Crédito o Débito y/o Chequera del asegurado. (Documento suministrado por el Banco).
- Certificado expedido por el banco dónde se indique la fecha en la que fue realizado el bloqueo de la tarjeta de crédito/débito/chequera por parte del banco.

Nota: El asegurado deberá reportar a la Aseguradora el evento dentro del plazo máximo de 15 días corrientes siguientes a la fecha en que haya sido notificado el hecho ante la Autoridad Competente.

**Utilización Forzada.**

En caso de presentarse un siniestro por Utilización Forzada de la Tarjeta de Crédito o Débito y/o Chequera, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o fotocopia del denuncia del hecho ante Autoridad Competente donde se especifique, detalle, fecha y hora de ocurrencia de los hechos.
- Certificación del Banco en la cual se evidencien las operaciones que se dieron como consecuencia de la utilización forzada de la Tarjeta de Crédito o Débito y/o Chequera del asegurado. (Documento suministrado por el Banco).

Nota: El asegurado deberá reportar a la Aseguradora el evento dentro del plazo máximo de 15 días corrientes siguientes a la fecha en que haya sido notificado el hecho ante la Autoridad Competente.

**Hurto en Cajero Oficina/Electrónico.**

En caso de presentarse un siniestro por hurto en cajero del efectivo retirado con la Tarjeta de Crédito o Débito y/o Chequera, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o fotocopia del denuncia del hecho ante Autoridad Competente donde se especifique, detalle, fecha y hora de ocurrencia de los hechos.
- Certificación original o fotocopia del Banco en dónde se detalle fecha de la transacción. (Documento suministrado por el Banco).

**Desempleo Involuntario**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o Copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, donde se especifique el tipo de contrato laboral bajo el cual se encontraba vinculado el asegurado.
- Original o Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- En caso de estar afiliado a una cooperativa de trabajo asociado, certificación de la causal de retiro del asociado de la cooperativa.

**Incapacidad Total y Temporal**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o fotocopia de los certificados y exámenes médicos que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Ampliación de la Incapacidad Total Temporal
- En caso de ampliación o extensión del estado de incapacidad total temporal, deberá presentar original o copia de los certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional.

**Incapacidad Total Permanente Accidental**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por los beneficiarios.
  - Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
  - Copia autenticada del dictamen de invalidez de la EPS, ARL, colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación en el que conste causa de la invalidez, donde se describa el accidente que origina la incapacidad total y permanente, porcentaje de invalidez y descripción de disminución.
- Seguros de Vida Alfa S.A. podrá solicitar cualquier documento adicional que sea necesario para poder determinar la ocurrencia o las circunstancias del siniestro así como su cuantía.

**Compra Protegida solo para el SEGURO DE SUSTRACCIÓN TARJETA PROTEGIDA**

En caso de presentarse un siniestro por compra protegida, el asegurado deberá aportar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o fotocopia de denuncia del hecho ante Autoridad Competente donde se especifique detalle, fecha y hora de ocurrencia de los hechos en caso de hurto.
- Factura o documento en el cual sea posible evidenciar la compra y el costo del bien adquirido.
- Original o fotocopia del Voucher de la tarjeta débito o crédito soporte de la transacción de la compra. Si no se tiene dicho documento certificación expedida por el banco donde aparezca esta información (Documento suministrado por el banco).

En caso de daño accidental Seguros Alfa S.A., se reserva el derecho de efectuar la inspección del bien adquirido y con ocasión del cuál se solicita la afectación de la cobertura de Compra Protegida.

Nota: El asegurado deberá reportar a la Aseguradora el evento dentro del plazo máximo de 15 días corrientes siguientes a la fecha en que haya sido notificado el hecho ante la Autoridad Competente.

**Compra Fraudulenta por Internet solo para el SEGURO DE SUSTRACCIÓN TARJETA PROTEGIDA**

En caso de presentarse un siniestro por compras fraudulentas por Internet con la Tarjeta de Crédito o Débito, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o fotocopia de denuncia del hecho ante Autoridad Competente donde se especifique detalle, fecha y hora de ocurrencia de los hechos.
- Certificación del Banco en la cual se evidencien las operaciones que se dieron como resultado de las compras fraudulentas en Internet efectuadas con la Tarjeta de Crédito o Débito del asegurado. (Documento suministrado por el Banco)

Nota: El asegurado deberá reportar a la Aseguradora el evento dentro del plazo máximo de 15 días corrientes siguientes a la fecha en que haya sido notificado el hecho ante la Autoridad Competente.

**Enfermedades Graves**

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado o su apoderado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Certificados y exámenes médicos originales del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP del asegurado, o médico especialista en medicina ocupacional. El médico o especialista que emita el dictamen no podrá ser familiar en tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado.
- Copia de los exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

**Muerte Accidental**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por los beneficiarios.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento o prueba de identidad del beneficiario.
- Copia del registro de defunción autenticada o documento que haga sus veces donde conste la causa de la muerte del asegurado.
- Necropsia o croquis del accidente, o acta de levantamiento de cadáver o certificado de la Fiscalía, siempre y cuando en dicho documento se encuentre consignada la causa de la muerte.

**SEGURO DE PROTECCION INTEGRAL FAMILIAR****Muerte**

1. Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por los beneficiarios.
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. En caso de muerte se requiere copia autenticada del registro civil o notarial de defunción.
4. En caso de muerte presunta copia autenticada de sentencia debidamente ejecutoriada en la cual se indique la presenta fecha de muerte.

**Incapacidad total permanente, incapacidad total permanente derivada de accidentes aéreos e incapacidad total permanente como consecuencia de un accidente en cualquier medio de transporte.**

1. Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por los beneficiarios.
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Copia del dictamen de invalidez de la eps, arl, colpensiones, la junta regional o nacional de calificación de invalidez en el que conste causa de la incapacidad y el porcentaje de pérdida de capacidad.
4. Para aquellos casos en los cuales la incapacidad total y permanente sea consecuencia de un accidente aéreo o accidente en cualquier medio de transporte: historia clínica.

**Renta canasta familiar beneficiarios y anexo renta mensual escolar**

1. Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. En caso de muerte se requiere copia autenticada del registro civil o notarial de defunción.
4. En caso de incapacidad total permanente se requiere copia del dictamen de invalidez de la eps, arl, colpensiones, la junta regional o nacional de calificación en el que conste causa de la invalidez, donde se describa el accidente que origina la incapacidad total y permanente, porcentaje de invalidez y descripción de disminución.

**Enfermedades graves**

1. Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado o su apoderado.
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Certificados y exámenes médicos originales del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico afiliado a la eps o arl del asegurado, o médico especialista en medicina ocupacional. El médico o especialista que emita el dictamen no podrá ser familiar en tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado.
4. Copia de los exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

**Detección de cáncer femenino**

1. Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Alguno de los siguientes exámenes en original o fotocopia autenticada:
  - I. Marcadores tumorales.
  - II. Mamografía de seno, ecografías u otras imágenes diagnósticas compatibles con presencia de cáncer o metástasis.
  - III. Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente (seno, ovario, útero o cérvix uterino) tomado mediante biopsia, bacaf o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.

**Detección de cáncer de masculino**

1. Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
  2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
  3. Resumen de historia clínica ó epícrisis.
  4. Original o copia autenticada del documento expedido por la institución médica que realizó el procedimiento, donde se indique el procedimiento realizado.
  5. Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente tomado mediante biopsia, bacaf o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.
- Seguros de vida alfa s.a. podrá solicitar cualquier documento adicional que sea necesario para poder determinar la ocurrencia o las circunstancias del siniestro así como su cuantía.

**SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA EMPLEADOS O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES, CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, DETECCIÓN DE CÁNCER FEMENINO O DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA.****Desempleo Involuntario**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, donde se especifique el tipo de contrato laboral bajo el cual se encontraba vinculado el asegurado. En caso de contrato a término fijo, constancia de terminación anticipada.
- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.
- En caso de estar afiliado a una cooperativa de trabajo asociado, certificación de la causal de retiro del asociado de la cooperativa.
- Documento en el que se acredite el valor de la última cuota pagada al Tomador del crédito del cual es titular el asegurado.

**Incapacidad Total y Temporal**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Original o fotocopia de los certificados y exámenes médicos que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional.
- En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.
- Documento en el que se acredite el valor de la última cuota pagada al Tomador del crédito del cual es titular el asegurado. Ampliación de la incapacidad total temporal:
- En caso de ampliación o extensión del estado de incapacidad total temporal, deberá presentar original o copia de los certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP o médico especialista en medicina ocupacional.

Nota: Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de 15 días dentro de los 60 días siguientes a la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, los días de esta nueva incapacidad se acumularán con los de la primera incapacidad reportada antes de la recaída, para así, determinar el número de cuotas a indemnizar en este único evento, de acuerdo con la tabla de incapacidad establecida. Si la nueva incapacidad sucede después de transcurridos 60 días de la primera incapacidad total temporal reportada, esta nueva incapacidad se constituirá como un nuevo evento y el asegurado tendrá derecho al pago de hasta 6 cuotas según corresponda de acuerdo a la tabla de incapacidad establecida.

**Detección de Cáncer Femenino (Cáncer de Seno Cáncer de Ovarios, Cáncer de Útero y/o Cuello Uterino).**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Alguno de los siguientes exámenes en original o fotocopia autenticada:
  - Marcadores tumorales.
  - Mamografía de seno, ecografías u otras imágenes diagnósticas compatibles con presencia de cáncer o metástasis.
  - Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente (seno, ovario, útero o cérvix uterino) tomado mediante biopsia, BACAF o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.

**Detección de cancer Masculino**

- Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- alguno de los siguientes exámenes:
  - Marcadores tumorales.
  - Mamografía de seno (cuando así aplique), ecografías u otras imágenes diagnósticas compatibles con presencia de cáncer o metástasis.
  - Resultado de estudios anatomopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente tomado mediante biopsia, bacaf o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.

**Enfermedades Graves**

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado o su apoderado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Certificados y exámenes médicos originales del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARP del asegurado, o médico especialista en medicina ocupacional. el médico o especialista que emita el dictamen no podrá ser familiar en tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado.
- Copia de los exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.).
- Documento en el que se acredite el valor de la última cuota pagada al Tomador del crédito del cual es titular el asegurado

**SEGURO DE VIDA GRUPO O SEGURO DE VIDA GRUPO CON ANEXO DE SUSTRACCIÓN Y ENFERMEDADES****Para Muerte por Cualquier Causa y Renta de Libre Destinación en Caso de Muerte:**

- Registro civil o notarial de defunción. En caso de muerte presunta copia autenticada de sentencia debidamente ejecutoriada en la cual se indique la fecha de muerte
- Copia de la cédula ampliada al 150% de los beneficiarios de ley de acuerdo con lo señalado en el artículo 1142 del Código de Comercio.

**Para Incapacidad Total Permanente:**

- Copia del dictamen de invalidez de la EPS, ARL, Colpensiones, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez en el que conste causa de la incapacidad y el porcentaje de pérdida de capacidad, así como, la historia clínica.

**Para Uso Indebido de Tarjeta Débito, Talonario o Chequera:**

- Original o copia de denuncia penal presencial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el hurto o Cuando la pérdida sea una consecuencia del extravío la constancia de pérdidas de documentos y/o elementos diligenciada a través de la página de la Policía Nacional link: <http://webrrp.policia.gov.co/publico/Constancia.aspx>, (ii) Certificación del Banco en la cual se evidencien las operaciones que dieron lugar a la pérdida patrimonial del asegurado, (iii) Certificado expedido por el banco dónde se indique la fecha en que fue solicitado el bloqueo por parte del cliente y la fecha en la que fue realizado el bloqueo por parte del banco.

**Utilización Forzada de las Tarjetas Débito, Talonario o Chequera, Hurto en Cajero Físico o Sucursal Bancaria y Hurto en Cajero Electrónico**

- Original o copia de denuncia penal presencial en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el hurto. No se aceptarán las constancias de pérdidas de documentos y/o elementos diligenciadas a través de la página de la Policía Nacional link: <http://webrrp.policia.gov.co/publico/Constancia.aspx>, (ii) Certificación del Banco en la cual se evidencien las operaciones que dieron lugar a la pérdida patrimonial del asegurado, (iii) Certificado expedido por el banco dónde se indique la fecha en que fue solicitado el bloqueo por parte del cliente y la fecha en la que fue realizado el bloqueo por parte del banco.

**Enfermedades Graves**

- Certificados y exámenes médicos, en original o en copia, del dictamen médico 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 médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)
- Documento (certificación en el cual se refleje el estado del crédito a nombre del asegurado al momento del siniestro, en caso de que el crédito haya finalizado, paz y salvo del crédito (documento suministrado por el banco).

**SEGURO DE CANCER**

Para realizar la reclamación se deberá presentar el formulario de declaración de siniestro diligenciado y firmado por usted, junto con una fotocopia ampliada al 150% de su documento de identidad. En el caso de reclamación por la cobertura de muerte por cualquier causa, el formulario deberá ser firmado por el(los) beneficiario(s), y también deberá(n) presentar una fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad.

**Para Diagnostico de Cáncer Maligno:**

El diagnóstico emitido por un médico licenciado en Colombia y biopsia o examen diagnóstico que certifique positivamente la presencia del cáncer maligno.

**Para Muerte por Cualquier causa:**

- Acta de defunción.
- Registro civil de defunción.
- En caso de muerte presunta copia autenticada de sentencia debidamente ejecutoriada en la cual se indique la presunta fecha de muerte.