

# PÓLIZA DE SEGURO DE SUSTRACCIÓN CUENTA PROTEGIDA PLUS + PROTECCIÓN ACCIDENTAL CONDICIONES

Señor asegurado, SEGUROS ALFA S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió. Esta póliza se compone de las presentes condiciones del 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. HURTO EN CAJERO ELECTRÓNICO/SUCURSAL DEL BANCO O GRUPO AVAL

**¿Qué me cubre?** Usted recibirá el pago del valor asegurado en caso de ser víctima de un hurto mediante actos violentos, fuerza o intimidación, en donde pierda el dinero que usted voluntariamente haya retirado de un cajero electrónico y/o oficina.

#### IMPORTANTE

- El hurto debe ocurrir máximo dos horas siguientes al retiro del dinero.
- Se cubren 3 eventos al año por año de vigencia por cada una de las modalidades (Cajero/Oficina).
- La suma a indemnizar por cada evento corresponderá al valor del dinero hurtado, siempre que este no supere el límite asegurado indicado en el certificado individual de seguro.

### 1.2. UTILIZACIÓN FORZADA

**¿Qué me cubre?** Usted recibirá el pago del valor asegurado si un tercero le obliga mediante actos violentos, de fuerza o intimidación a utilizar su Tarjeta Débito, Talonario, Chequera y/o Manilla de Pago.

#### IMPORTANTE

- Se cubre hasta 2 eventos por año de vigencia.
- La suma a indemnizar por cada evento corresponderá al valor de la pérdida patrimonial causada con ocasión a la utilización forzada, siempre que este no supere el límite asegurado indicado en el certificado individual de seguro.

### 1.3. USO INDEBIDO O FRAUDULENTO

**¿Qué me cubre?** Usted recibirá el pago del valor asegurado en caso en que un tercero no autorizado por usted realice transacciones con su Tarjeta Débito, Talonario, Chequera y/o Manilla de Pago, como consecuencia de hurto, pérdida o extravío de la misma.

#### IMPORTANTE

- Se cubre hasta 2 eventos por año de vigencia.
- La transacción puede presentarse a consecuencia de hurto, pérdida o extravío de la Tarjeta Débito, Chequera y/o Manilla de Pago.
- Una vez identifique el hurto, pérdida o extravío de la Tarjeta Débito, Talonario, Chequera y/o Manilla de Pago, debe notificarlo al banco.
- La suma a indemnizar por cada evento corresponderá al valor de la pérdida patrimonial ocurrida dentro de las 72 horas siguientes a la primera transacción fraudulenta, siempre que este no supere el límite asegurado indicado en el certificado individual de seguro.

## ECOSISTEMA DE SERVICIOS

Como asegurado de SEGUROS ALFA S.A., tiene a su disposición una plataforma de servicios que le permitirán disfrutar de los beneficios que usted seleccionó al momento de la suscripción del seguro. El alcance, condiciones y disponibilidad de los servicios del ecosistema estará determinado por la aseguradora.

Los servicios se otorgan en alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y podrán ser prestados directamente o por terceros.

Para mayor información sobre los servicios ingrese a nuestra página web <https://activatecontuseguro.com/> o comuníquese 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 a nivel nacional 01 8000968181.

## 2. ¿QUÉ NO ME CUBRE?

|          |   |          |  |
|----------|---|----------|--|
| <b>1</b> | Actos ilegales cometidos por el asegurado, algún amigo, familiar o empleado suyo.           | <b>4</b> | Pérdida del dinero cuando se haya retirado con una Tarjeta Débito, Talonario, Chequera y/o Manilla de Pago diferente a la del asegurado. |
| <b>2</b> | Pérdidas en las que el asegurado haya sido indemnizado a través de otras pólizas de Seguro. | <b>5</b> | Pérdidas de dinero por personas distintas al asegurado.  |
| <b>3</b> | Hurtos simples o extravíos para las coberturas de Hurto en Cajero y Utilización Forzada.    | <b>6</b> | Negligencia del asegurado con su clave u otra información financiera confidencial.   |

## 3. DOCUMENTOS 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.

### Uso Indevido de la Tarjeta Débito, Talonario, Chequera y/o Manilla de Pago, Utilización Forzada de la Tarjeta Débito, Talonario, Chequera y/o Manilla de Pago, Hurto en Cajero para Retiros en Cajeros Electrónicos y Oficinas/Sucursales del Banco o Grupo Aval

- Denuncio penal en el que conste la descripción de los hechos, el día, la hora y el lugar en el cual ocurrió el hurto. Los denuncios virtuales, se deben realizar a través del link: <https://adenunciar.policia.gov.co/adenunciar/> o a través de las líneas dispuestas por la Fiscalía. Para atender denuncias telefónicas: A nivel nacional al 01 8000 910112 o en Bogotá al 60(1) 5702000.

### IMPORTANTE

SEGUROS 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:

1. A través de WhatsApp escribiéndonos a la línea de atención 3125104849.
2. A través de las oficinas del Banco Av. Villas.

3

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

### 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 | 18000968181      |

- 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 más información ingrese a la página <https://www.segurosalfa.com.co> sección **Legal** y opción **Consumidor Financiero**.

## 6. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, considere las siguientes definiciones:

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>ASEGURADO</b>     | Es la persona titular del producto financiero.   |
| <b>ASEGURADORA</b>   | Es la empresa que asume la cobertura del riesgo.   |
| <b>BENEFICIARIO</b>  | Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Para todas las coberturas:</b> el asegurado.</li> </ul> |
| <b>INDEMNIZACIÓN</b> | Pago de la suma asegurada como consecuencia de un siniestro.   |
| <b>PRIMA</b>         | Es el precio del seguro.   |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>¿QUÉ NO ME CUBRE?</b> | Son las exclusiones de la póliza.   |
| <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.                                 |

**SEGUROS ALFA S. A.**

**ASEGURADOR: SEGUROS 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:** 01/02/2024-1325-P-09-7740004514000000-0R00

**Nota Técnica:** 21/06/2021-1325-NT-P-09-G-P-BSSUAV-2021-4-0R00

# PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CUENTA PROTEGIDA PLUS + PROTECCIÓN ACCIDENTAL CONDICIONES

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 del 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.

#### IMPORTANTE

- El dictamen que pruebe la incapacidad permanente debe ser emitido por la EPS, ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez.
- 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.

## 2. ¿QUÉ NO ME CUBRE?

|          |   |          |   |
|----------|---|----------|---|
| <b>1</b> | Suicidio durante los primeros 6 meses.  | <b>4</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>2</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>5</b> | Enfermedades, lesiones, accidentes o eventos padecidos, conocidos o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia del presente seguro.                      |
| <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>6</b> | Negligencia del asegurado con su clave u otra información financiera confidencial.  |

### 3. DOCUMENTOS 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 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 de 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 la 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.

### 4. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN



Complete los documentos.



Remita la documentación por cualquiera de los siguientes medios:

1. A través de WhatsApp escribiéndonos a la línea de atención 3125104849.
2. A través de las oficinas del Banco Av. Villas



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.

#### 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

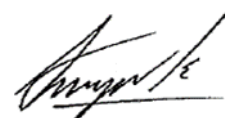
Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales o interponer una queja o reclamo, por favor comuníquese con las líneas de atención al cliente de cada ciudad y/o a nivel nacional desde un teléfono fijo o celular así:

| BOGOTÁ        | CALI          | MEDELLÍN      | BARRANQUILLA  | BUCARAMANGA   | A NIVEL NACIONAL |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
| 60(1) 7455550 | 60(2) 4850840 | 60(4) 6040576 | 60(5) 3851862 | 60(7) 6971246 | 18000968181      |

- 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 más información ingrese a la página <https://www.segurosalfa.com.co> sección **Legal** y opción **Consumidor Financiero**.

## 6. DEFINICIONES

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>ASEGURADO</b>         | Es la persona titular del producto financiero.   |
| <b>ASEGURADORA</b>       | Es la empresa que asume la cobertura del riesgo.   |
| <b>BENEFICIARIO</b>      | Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación: <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 las demás coberturas:</b> el asegurado.</li></ul> |
| <b>INDEMNIZACIÓN</b>     | Pago de la suma asegurada como consecuencia de un siniestro.   |
| <b>PRIMA</b>             | Es el precio del seguro.   |
| <b>¿QUÉ NO ME CUBRE?</b> | Son las exclusiones de la póliza.  |
| <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.  |



SEGUROS DE VIDA ALFA S. A

**ASEGURADOR: 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-31-7740004189000000-0R00

Nota Técnica: 21/06/2021-1417-NT-P-31-V-P-BSAPAV-2021-9-0R00