

**CONDICIONES PARTICULARES
PÓLIZA DE SEGURO DE SUSTRACCIÓN Y DESEMPLEO
CUENTA PROTEGIDA NÓMINA**



seguros de vida alfa s.a.

CONDICIONES PARTICULARES

CONTENIDO

SEGURO DE VIDA GRUPO PROTECCIÓN INTEGRAL FAMILIAR

1. Coberturas

- 1.1. Muerte (amparo básico).
- 1.2. Incapacidad total permanente.
- 1.3. Incapacidad total permanente como consecuencia de un accidente aéreo sufrido como pasajero de una aeronave.
- 1.4. Incapacidad total permanente como consecuencia de un accidente sufrido como pasajero de cualquier medio de transporte distinto de una aeronave
- 1.5. Anexo renta canasta familiar.
- 1.6. Anexo de renta mensual escolar.
- 1.7. Anexo de Enfermedades graves.
 - 1.7.1. Cáncer
 - 1.7.2. Infarto al miocardio
 - 1.7.3. Cirugía de Bypass coronario.
 - 1.7.4. Enfermedad cerebro vascular.
 - 1.7.5. Insuficiencia renal crónica.
 - 1.7.6. Trasplante de órganos mayores.
 - 1.7.7. Esclerosis múltiple.
- 1.8. Diagnóstico de cáncer femenino o cáncer de próstata

2. Exclusiones

- 2.1. Incapacidad total permanente.
- 2.2. Exclusiones aplicables al diagnóstico de cáncer.
- 2.3. Exclusiones aplicables al anexo de enfermedades graves.
- 2.4. Exclusiones generales

3. Glosario

4. Cláusulas especiales de las condiciones particulares

- 4.1. Protección de datos personales.
- 4.2. Terminación del seguro.

5. Ocurrencia del siniestro, reclamación y condiciones de la indemnización “Derechos de los asegurados”

- 5.1. Procedimiento en caso de siniestro.
 - 5.1.1. Para Muerte
 - 5.1.2. Para Incapacidad total permanente, incapacidad total permanente como consecuencia de un accidente aéreo sufrido como pasajero de una aeronave.
 - 5.1.3. Para renta canasta familiar, renta mensual escolar.
 - 5.1.4. Para enfermedades graves
 - 5.1.5. Para cáncer femenino y cáncer de próstata.

- 5.2. Pasos para realizar la reclamación

6. Información adicional



CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO DE VIDA GRUPO PROTECCIÓN INTEGRAL FAMILIAR

ESTAS CONDICIONES MODIFICAN Y HACEN PARTE DE LAS CONDICIONES GENERALES, LAS CUALES ESTÁN A DISPOSICIÓN PARA CONSULTA EN LA PÁGINA WEB WWW.SEGUROSALFA.COM.CO

Lo invitamos a tener en cuenta las siguientes condiciones

1. COBERTURAS

1.1. MUERTE AMPARO BÁSICO

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL ASEGURADO MUERA POR CUALQUIER CAUSA.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL ASEGURADO SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD, ACCIDENTE O LESIÓN. ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ ESTAR FUNDAMENTADA EN UN DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDO POR LA EPS O ARL, COLPENSIONES, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y EL CUAL DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).

AL MOMENTO DE PRESENTARSE LA RECLAMACIÓN, SE CONSIDERARÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, ES LA FECHA DETERMINADA EN EL MOMENTO EN QUE LA PERSONA EVALUADA ALCANCE EL CINCUENTA POR CIENTO (50 %) DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL. ADEMÁS, DEBERÁ SOPORTARSE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LOS EXÁMENES CLÍNICOS Y DE AYUDA DIAGNÓSTICA Y PUEDE CORRESPONDER ANTES O DESPUÉS DE LA FECHA DE LA DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.

1.3. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AÉREO SUFRIDO COMO PASAJERO DE UNA AERONAVE.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL ASEGURADO SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN EL CUAL EL ASEGURADO SE ENCONTRABA COMO PASAJERO DE UNA AERONAVE. ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ ESTAR FUNDAMENTADA EN UN DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDO POR LA EPS O ARL, COLPENSIONES, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y EL CUAL DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).

AL MOMENTO DE PRESENTARSE LA RECLAMACIÓN, SE CONSIDERARÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, LA FECHA DETERMINADA EN EL MOMENTO EN QUE LA PERSONA EVALUADA ALCANCE EL CINCUENTA POR CIENTO (50 %) DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL. ADEMÁS, DEBERÁ SOPORTARSE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LOS EXÁMENES CLÍNICOS Y DE AYUDA DIAGNÓSTICA Y PUEDE CORRESPONDER ANTES O DESPUÉS DE LA FECHA DE LA DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.

NOTA:

- ESTA COBERTURA SE EXTIENDE A LOS MIEMBROS DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL.
- NO SE CUBRE EL INTENTO DE SUICIDIO.

1.4. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SUFRIDO COMO PASAJERO DE CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE DISTINTO DE UNA AERONAVE

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SI COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE SUFRIDO COMO PASAJERO DE CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE, DISTINTO DE UNA AERONAVE, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, UNA PERSONA ASEGURADA SUFRE UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE. PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE LAS LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES, QUE LE IMPIDA A LA SEGURADO DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERADO ACORDE CON SU FORMACIÓN PERSONAL U OCUPACIÓN HABITUAL, SIEMPRE QUE DICHA HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR A 120 DÍAS.

LA INDEMNIZACIÓN QUE SEA RECONOCIDA Y PAGADA A FAVOR DEL ASEGURADO CON OCASIÓN DE LA AFECTACIÓN DEL PRESENTE AMPARO SERÁ ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE. EL PORCENTAJE DEL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDO POR LA EPS, ARL COLPENSIONES, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL CINCUENTA POR CIENTO (50%). COMO FECHA DE CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO, SE TENDRÁ LA FECHA DEL ACCIDENTE.

1.5. ANEXO RENTA CANASTA FAMILIAR

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO UNA RENTA POR CANASTA FAMILIAR, SÍ EL ASEGURADO MUERE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

NOTA:

- ESTA COBERTURA APLICA ÚNICAMENTE PARA EL ASEGURADO.
- SÓLO SE RECONOCE UN ÚNICO EVENTO.

1.6. ANEXO RENTA MENSUAL ESCOLAR

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO UNA RENTA PARA LA PENSIÓN ESCOLAR DE LOS HIJOS DEL ASEGURADO, SÍ EL ASEGURADO MUERE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

NOTA:

- ESTA COBERTURA APLICA ÚNICAMENTE PARA EL ASEGURADO.
- SÓLO SE RECONOCE UN ÚNICO EVENTO.

1.7. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN QUE A USTED SE LE DIAGNOSTIQUE O SE LE MANIFIESTE POR PRIMERA VEZ CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES.

NOTA: LA PRESENTE COBERTURA SE ESTABLECE CON EL OBJETO DE RECONOCER A FAVOR DEL ASEGURADO, UN MONTO PARA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y/O PROCEDIMIENTO MÉDICO MIENTRAS ESTE SE ENCUENTRE VIVO. LAS RECLAMACIONES QUE REALICEN LOS BENEFICIARIOS DE LEY DEL ASEGURADO CON POSTERIORIDAD A LA MUERTE DE ESTE TENDIENTES A AFECTAR ESTA COBERTURA, NO SERÁN CUBIERTAS.

1.7.1. CÁNCER

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, A PARTIR DE LA DEMOSTRACIÓN DE LA PRESENCIA DE UNA NEOPLASIA MALIGNA QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA DEL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN Y DEMOSTRACIÓN QUE MÁS ADELANTE SE SEÑALA.

CABE RESALTAR QUE ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA RECLAMACIÓN REALIZADA A **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

SE ENTIENDE POR CÁNCER, LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, CARACTERIZADO POR ALTERACIONES CELULARES MORFOLÓGICAS Y CROMOSÓMICAS, CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN INCONTROLADO Y LA INVASIÓN LOCAL Y DESTRUCCIÓN DIRECTA DE TEJIDOS, O METÁSTASIS; O GRANDES NÚMEROS DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS SISTEMAS LINFÁTICOS O CIRCULATORIOS. INCLUYE ENTRE ELLOS LOS DIVERSOS TIPOS DE LEUCEMIA (EXCEPTO LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA), LOS LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER REALIZADO POR UN MÉDICO ONCÓLOGO, BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y CONFIRMADO POR UN DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA QUE CERTIFIQUE POSITIVAMENTE LA PRESENCIA DE UN CÁNCER.

1.7.2. INFARTO DEL MIOCARDIO

ES LA MUERTE O NECROSIS DE UNA PORCIÓN DEL MÚSCULO CARDIACO, COMO RESULTADO DEL INADECUADO SUMINISTRO DE FLUJO SANGUÍNEO AL ÁREA CORRESPONDIENTE. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UN INFARTO DEL MIOCARDIO DENTRO DE UN PLAZO DE SETENTA (72) HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN, QUE PRESENTE:

- CAMBIOS NUEVOS Y RELEVANTES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA ECG.
- AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDIACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
- UN HISTORIAL DE DOLOR DE PECHO, INDICATIVO DE UNA ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA.

LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA DEL MIOCARDIO NO ESTÁN CUBIERTOS. EL INFARTO DEL MIOCARDIO QUE OCURRE DENTRO DE LOS 14 DÍAS POSTERIORES A CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA ANGIOPLASTIA CORONARIA O CIRUGÍA DE DERIVACIÓN CORONARIA, SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE SI HA RESULTADO CON NUEVAS ONDAS QUE EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES PERMANENTES DE LA PARED CARDIACA MOSTRADOS EN LAS IMÁGENES CARDIACAS 30 DÍAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO CORONARIO.

1.7.3. CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO

ES LA CIRUGÍA DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS CON EL FIN DE CORREGIR SU ESTRECHAMIENTO O BLOQUEO, POR MEDIO DE UNA REVASCULARIZACIÓN BY-PASS, REALIZADA POSTERIORMENTE A LOS SÍNTOMAS DE ANGINA DE PECHO. SE EXCLUYE DE ESTA DEFINICIÓN, LA ANGIOPLASTIA DE GLOBO Y OTRAS TÉCNICAS INVASIVAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA.

NOTA: LA ENFERMEDAD QUE DA LUGAR A LA CIRUGÍA DE BY PASS CORONARIO DEBE DIAGNOSTICARSE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. DEL MISMO MODO LA CIRUGÍA DE BY PASS CORONARIO DEBE LLEVARSE A CABO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA RESPECTIVA PÓLIZA.

1.7.4. ENFERMEDAD CEREBRO – VASCULAR

LA EMBOLIA CEREBRAL ES DEFINIDA COMO UN INCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE TIENE POR RESULTADO LA MUERTE IRREVERSIBLE DEL TEJIDO CEREBRAL DEBIDO A UNA HEMORRAGIA INTRACRANEAL, O DEBIDO A UN EMBOLISMO O TROMBOSIS EN UN VASO INTRACRANEAL. LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTA BAJO ESTA DEFINICIÓN. LA ENFERMEDAD QUE CONSISTE EN LA 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 DE TEJIDO CEREBRAL, LA HEMORRAGIA INTRA-CRANEAL O SUBARACNOIDEA, Y LA EMBOLIA DE UNA FUENTE EXTRA-CRANEAL. EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UNA LESIÓN CEREBRAL DE TIPO VASCULAR, DENTRO DE UN PLAZO DE SETENTA Y DOS (72) HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN.

1.7.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: LA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA, EN SU ETAPA FINAL, COMO EL ESTADO CRÓNICO E IRREVERSIBLE DEL FUNCIONAMIENTO DE AMBOS RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DE LA CUAL SE HACE NECESARIO REGULARMENTE LA DIÁLISIS RENAL O EL TRASPLANTE RENAL.

LA INSUFICIENCIA TOTAL, CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES O LA CONTINUA DIÁLISIS RENAL DEBERÁ SER INSTITUCIONALIZADA Y CONSIDERADA MÉDICAMENTE NECESARIA, POR UN NEFRÓLOGO CERTIFICADO.

LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS BAJO ESTE AMPARO.

LA ASEGURADORA PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA NO SEA DEL TIPO DE LAS ENFERMEDADES EXCLUIDAS EN EL NUMERAL 1.2

1.7.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR TRASPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL EL QUE SE VAYA A REALIZAR O SE HAYA REALIZADO EL ASEGURADO COMO RECEPTOR DEL TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PROVENIENTE DE UN DONANTE HUMANO FALLECIDO O VIVO, QUE DEBE SER CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÑÓN, MÉDULA ÓSEA O PÁNCREAS, SIEMPRE Y CUANDO EL ÓRGANO DEL ASEGURADO ESTÉ O HAYA ESTADO LESIONADO O ENFERMO. POR TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA SE ENTIENDE LA RECEPCIÓN DE UN TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA HUMANA UTILIZANDO CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS PRECEDIDO POR ABLACIÓN TOTAL DE MÉDULA ÓSEA.

PARA AQUELLOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SE VAYAN A REALIZAR, SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE PARA EL PAGO DEL BENEFICIO QUE EL ASEGURADO NOTIFIQUE PREVIAMENTE Y POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA EL HECHO DE SER DEFINIDO COMO CANDIDATO A TRASPLANTE POR LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O REGULADORA CORRESPONDIENTE Y ANTES QUE ESTE SE REALICE. UNA VEZ QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA HA SIDO NOTIFICADA DE ESTE HECHO SÓLO PODRÁ PONER TÉRMINO AL CONTRATO DEL ASEGURADO QUE SE ENCUENTRE EN DICHA SITUACIÓN SI ESTE INCURRIERE EN ALGUNA CAUSAL LEGAL QUE ASÍ LO PERMITA.

EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

NOTA:

- LA ENFERMEDAD QUE DA LUGAR AL TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES DEBE DIAGNOSTICARSE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- EL TRASPLANTE DE ÓRGANO DEL CUAL SEA CANDIDATO EL ASEGURADO, SE DEBERÁ EJECUTAR DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS ESTABLECIDOS EN COLOMBIA.
- LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS POR EL ASEGURADO EN SU RECLAMACIÓN, DEBERÁN CONTENER LOS SOPORTES MÉDICOS RESPECTIVOS.

1.7.7. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE LA ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CUYO DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO REALIZADO POR UN NEURÓLOGO CONFIRME AL MENOS ANOMALÍAS MODERADAS NEUROLÓGICAS PERSISTENTES, PRODUCIDAS POR LA DEGENERACIÓN DEL TEJIDO NEURAL ESCLEROSADO, EVIDENCIADAS POR SÍNTOMAS TÍPICOS DE AFECTACIÓN DE LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS Y CUYA PROGRESIÓN HAYA PRODUCIDO DETERIORO INCAPACITANTE SIGNIFICATIVO EN LAS FUNCIONES BÁSICAS Y ESENCIALES PARA LA INDEPENDENCIA, PERO QUE NO LLEVEN NECESARIAMENTE AL ASEGURADO A UNA SILLA DE RUEDAS EN FORMA PERMANENTE”.

LA ENFERMEDAD DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO Y ACREDITADA CON LOS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

NOTA: SOLO SE CUBRIRÁN ESTAS SIETE (07) ENFERMEDADES, CUALQUIER ENFERMEDAD DISTINTA A LAS ENUNCIADAS EN ESTE AMPARO SE ENTENDERÁ POR NO CUBIERTA.

1.8. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO O CÁNCER DE PRÓSTATA

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SÍ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA AL ASEGURADO LE ES DIAGNOSTICADA UNA NEOPLASIA MALIGNA.

ESTA COBERTURA SE LIMITA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN O DIAGNOSTICO DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES CÁNCERES, LAS MANIFESTACIONES POSTERIORES NO SERÁ CUBIERTAS:

- **CÁNCER DE SEÑO:** CRECIMIENTO DE CÉLULAS ANORMALES EN EL TEJIDO MAMARIO
- **CÁNCER DE OVARIOS:** CRECIMIENTO DE CÉLULAS ANORMALES EN LOS OVARIOS O EN LOS ÓRGANOS REPRODUCTORES DE LA MUJER QUE PRODUCEN ÓVULOS.
- **CÁNCER DE ÚTERO Y/O CUELLO UTERINO:** CRECIMIENTO DE CÉLULAS ANORMALES EN EL ÚTERO O CUELLO UTERINO. ESTA DEFINICIÓN SE EXTIENDE A LA DISEMINACIÓN DE CÉLULAS MALIGNAS DERIVADAS DE UN CÁNCER DE VULVA O VAGINA.
- **CÁNCER DE PRÓSTATA:** CRECIMIENTO DE CÉLULAS ANORMALES EN LOS ÓRGANOS GLANDULARES DEL SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO LLAMADO PRÓSTATA.

2. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SUFRIDO COMO PASAJERO DE UNA AERONAVE E INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE E INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE EN CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE.

¿QUE SITUACIONES NO AMPARAN ESTAS COBERTURAS?

- CUALQUIER SERVICIO O ACTIVIDAD EN CUALQUIER FUERZA MILITAR EN TIEMPO DE PAZ O GUERRA, DE POLICÍA O ARMADA DE CUALQUIER TIPO, ACTOS DE GUERRA (INTERNA O EXTERNA, DECLARADA O NO), ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, ASONADA, SEDICIÓN O INSURRECCIÓN, INVASIÓN O USURPACIÓN ILEGAL DEL PODER .
- PRUEBAS O CARRERAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE EN FORMA PROFESIONAL O LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO DE CUALQUIER CLASE Y LA PRÁCTICA DE DEPORTES QUE INVOLUCREN EL USO DE EQUIPOS, MEDIOS O MÁQUINAS DE VUELO O DEPORTES CON LA INTERVENCIÓN DE ALGÚN ANIMAL.

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES AL ANEXO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

¿QUE SITUACIONES NO AMPARA ESTA COBERTURA?

(I) LESIONES DESCRITAS COMO CARCINOMA IN SITU, (II) TUMORES PRE MALIGNOS, BENIGNOS O NO INVASIVOS, (III) CARCINOMA IN SITU DE MAMA, (IV) DISPLACIA CERVICAL NIC I, NIC II Y NIC III, (V) LESIONES DERIVADAS DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, (VI) VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH), (VII) TUMORES DE PRÓSTATA QUE SEAN CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE POR DEBAJO DE LA ESCALA DE "GLEASON" CON UN GRADO MENOR A 6, O QUE NO HAYAN PROGRESADO AL MENOS A LA CLASE T2N0M0 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE AJCC SEXTA EDICIÓN CLASIFICACIÓN TMN, (VIII) LINFOMA, (XIII) CÁNCER DE VEJIGA, (XIV) METÁSTASIS DE CUALQUIER TUMOR Y (XV) LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCITICA, (XVI) ANOMALÍAS CONGÉNITAS

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES AL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

¿QUE SITUACIONES NO AMPARA ESTA COBERTURA?

CÁNCER: LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCÍTICA. CÁNCERES DE PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO. TODOS LOS TUMORES DESCRITOS HISTOLÓGICAMENTE COMO BENIGNOS, PREMALIGNOS, CON POTENCIAL BAJO DE MALIGNIDAD, O NO INVASIVOS. TODAS LAS LESIONES DESCRITAS COMO CARCINOMA "IN SITU", VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, CONDILOMAS PLANOS, DISPLASIAS CERVICALES NIC I, NIC II Y NIC III Y LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ESPECÍFICAS: POLICITEMIA VERA Y TROMBOCITEMIA ESENCIAL. TODOS LOS TUMORES DE PRÓSTATA, AL MENOS QUE SEAN CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE POR LA ESCALA DE "GLEASON" CON UN GRADO MAYOR A 6, O QUE HAYAN PROGRESADO AL MENOS A LA CLASE T2N0M0 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE AJCC SEXTA EDICIÓN CLASIFICACIÓN TMN. CUALQUIER TIPO DE CÁNCER EN PRESENCIA DE LA INFECCIÓN VIH, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LINFOMA O SARCOMA DE KAPOSI. MELANOMAS DELGADOS CON REPORTE DE PATOLOGÍA MOSTRANDO NIVELES DE CLARK MENORES DE III O UN GROSOR MENOR A 1.0 MM. SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE BRESLOW. EL CÁNCER DE TIROIDE TEMPRANO CON UN DIÁMETRO MENOR DE 1.0 CM. E HISTOLÓGICAMENTE DESCRITO COMO T1 POR LA SEXTA EDICIÓN DE AJCC CLASIFICACIÓN TMN, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA METÁSTASIS. CÁNCER TEMPRANO LOCALIZADO EN LA VEJIGA QUE SEA HISTOLÓGICAMENTE DESCRITO POR LA SEXTA EDICIÓN DE AJCC CLASIFICACIÓN TMN COMO TAL O UNA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA METÁSTASIS. LEUCEMIA LINFOQUÍSTICA CRÓNICA (LLC) CON CLASIFICACIÓN MENOR DE LA ETAPA 3 EN LA PRUEBA DE RAI.

TODOS TIPO DE CÁNCER QUE SEA UNA RECURRENCIA O METÁSTASIS DE UN TUMOR PRESENTADO POR PRIMERA VEZ DENTRO DEL PERÍODO DE CARENIA. ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN PRESENTADA A LA ASEGURADORA POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

TRATÁNDOSE DE INFARTO AL MIOCARDIO SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDÍACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO.

TRATÁNDOSE DE CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS Y/O CIRUGÍAS: LA ANGIOPLASTIA CON GLOBO. OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTÁN EXCLUIDOS LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS: LA ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP), CATETERISMO CARDÍACO, TRATAMIENTO CON RAYO LÁSER, CUCHILLA ROTABLE, EL STENTING Y OTRAS TÉCNICAS DE CATETERISMOS INTRA-ARTERIALES. ASÍ MISMO, ESTÁ EXCLUIDA LA CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR LAPAROSCOPIA.

TRATÁNDOSE DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: NO SE CONSIDERARÁN DENTRO DE LA COBERTURA LOS SÍNTOMAS CEREBRALES DE MIGRAÑA, LESIÓN CEREBRAL CAUSADA POR UN TRAUMATISMO O HIPOXIA Y UNA ENFERMEDAD VASCULAR QUE AFECTE AL OJO O AL NERVIJO ÓPTICO, Y LAS ALTERACIONES ISQUÉMICAS DEL SISTEMA VESTIBULAR, NI LOS ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES POST-TRAUMÁTICOS. ATAQUES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT). DAÑO CEREBRAL DEBIDO A UN TRAUMA O LESIÓN, INFECCIÓN, VASCULITIS, ENFERMEDAD INFLAMATORIA O MIGRAÑA. TRASTORNOS DE LOS VASOS SANGUÍNEOS QUE AFECTEN LA VISTA, INCLUYENDO INFARTO DEL NERVIJO ÓPTICO O RETINA, TRASTORNOS ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR. EMBOLIA CEREBRAL SILENTE ASINTOMÁTICA ENCONTRADA EN IMÁGENES.

TRATÁNDOSE DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

TRATÁNDOSE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: SE EXCLUYEN OTRAS CAUSAS DE DAÑO NEUROLÓGICO COMO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO O INFECCIONES POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

TRATÁNDOSE DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS: LA COBERTURA SÓLO COMPRENDE EL TRASPLANTE DE TODO EL ÓRGANO Y NO DE FRACCIONES O PARTES DE ÉSTE, POR LO QUE EN EL CASO DEL PÁNCREAS SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS. NO ESTARÁ CUBIERTO EL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA.

OTRAS EXCLUSIONES APLICABLES:

- SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFLIGIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.
- USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL DE ACUERDO CON EL MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS INTERNACIONALES.
- RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
- LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR EVENTOS EXTERNOS, BIEN SEAN ÉSTOS DE CARÁCTER VIOLENTO O ACCIDENTAL.
- CUALQUIER CONDICIÓN RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), CONFORME CON LAS DEFINICIONES RECONOCIDAS PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO, SEGÚN CORRESPONDA.
- PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOS QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO.
- 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, COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.
- PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- INTOXICACIÓN O ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBRIEDAD, O BAJO LOS EFECTOS DE CUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
- TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS, PLÁSTICOS, DENTALES, ORTOPÉDICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA. TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.
- PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.
- ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS AL MOMENTO DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, INDEPENDIEMENTE DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU PRIMER DIAGNÓSTICO. ASÍ MISMO, SE EXCLUYEN DIAGNÓSTICOS REPETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.4. EXCLUSIONES GENERALES

- 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 Y MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- 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.
- ENFERMEDADES, LESIONES, PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE HAYAN SIDO CONOCIDOS O DIAGNOSTICADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DEL PRESENTE SEGURO. ASÍ COMO, CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- ACCIDENTES OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DEL PRESENTE SEGURO.
- ACCIDENTES O LESIONES PADECIDOS POR EL ASEGURADO BAJO EL EFECTO DEL ALCOHOL O DROGAS PSICOACTIVAS O ENERVANTES.
- CUALQUIER CONDICIÓN RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA) O VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
- EL USO DE CUALQUIER AERONAVE EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.

- PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

3. GLOSARIO

- **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, repentino e involuntario causado por medios externos y de modo violento que afecten el organismo del asegurado.
- **ASEGURADO:** En este seguro la persona asegurada será usted.
- **BENEFICIARIO:** Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.
- **CÁNCER:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones morfológicas y cromosómicas, crecimiento incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos o metástasis o gran número de células malignas en los sistemas linfáticos.
- **CÁNCER DE SENO:** Crecimiento de células anormales en el tejido mamario
- **CÁNCER DE OVARIOS:** Crecimiento de células anormales en los ovarios o en los órganos reproductores que producen óvulos.
- **CÁNCER DE PRÓSTATA:** Crecimiento de células anormales en los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata.
- **CÁNCER DE ÚTERO Y/O CUELLO UTERINO:** Crecimiento de células anormales en el Útero o Cuello Uterino. Esta definición se extiende a la diseminación de células malignas derivadas de un cáncer de vulva o vagina.
- **EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Edad hasta la cual una persona puede adherirse al presente seguro.
- **EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA:** Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro. Es importante tener en cuenta que una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el presente seguro se dará por terminado de manera automática.
- **EDAD MÍNIMA DE INGRESO:** Edad a partir de la cual una persona puede adherirse al presente seguro.
- **EXCLUSIONES:** Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.
- **METÁSTASIS:** Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto al de su origen.
- **NEOPLASIA MALIGNA (Cáncer):** Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
- **PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO:** Corresponde al período mínimo de tiempo durante el cual el asegurado debe permanecer empleado a efectos de tener la posibilidad de presentar una nueva reclamación que afecte la cobertura de desempleo involuntario.
- **PERIODO DE CARENCIA:** Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza, este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia, quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura.
- **PRIMA:** Precio del seguro.
- **SINIESTRO:** Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
- **TOMADOR:** Persona que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.

4. CLÁUSULAS ESPECIALES DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

4.1. Protección de datos personales

Usted como asegurado, al solicitar o autorizar la contratación de este seguro, manifiesta que toda la información suministrada a través de la solicitud correspondiente es veraz y comprobable, y autoriza expresamente para los fines de la contratación del seguro a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, y al tomador para efectuar todo tratamiento de su información personal, necesario para el cumplimiento de sus deberes legales y contractuales pudiendo, compartir información del asegurado con el tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementaria o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior.

Para fines estadísticos y/o de valoración de riesgo el tomador y/o asegurado autorizan a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** para efectuar consultas y reportes de su información personal dirigidos a centrales de riesgo financiero, a autoridades públicas competentes, y a organismos gremiales del sector financiero y asegurador, así como también a consultar fuentes de información disponible públicamente.

Usted en calidad de asegurado se obliga a informar oportunamente todo cambio y/o actualización e información personal suministrada a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** y el asegurado podrá conocer, actualizar o modificar sus datos comunicándose a la línea de atención en Bogotá al 7455550, a nivel nacional 01 8000 968181 o acceder a políticas, a través de la página web WWW.SEGUROSALFA.COM.CO enlace "Protección de datos personales".

Donde aplique, y siempre que los mismos no resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro no será obligatoria la revelación de datos sobre orientación política, sexual, religiosa, filosófica, raza, de menores, o en todo caso datos legalmente considerados como sensibles.

4.2. Terminación del seguro

El presente certificado individual culminará por las siguientes causas: **(I)** Mora en el pago de la prima, **(II)** Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza, **(III)** Revocación unilateral de parte del asegurado, mediante noticia escrita o comunicándose a la línea de atención en Bogotá D.C al 7455550 o a nivel nacional al 018000 968181, **(IV)** Muerte del asegurado.

5. OCURRENCIA DEL SINIESTRO, RECLAMACIÓN Y CONDICIONES DE LA INDEMNIZACIÓN "Derechos de los asegurados"

5.1. Procedimiento en caso de siniestro

Para conocer como tramitar su solicitud de reclamación, por favor comunicarse con la línea de atención al cliente en Bogotá D.C. al 7455550 o a nivel nacional al 01 8000 968181.

Para cualquiera de las coberturas otorgadas bajo el presente seguro, usted deberá radicar los documentos requeridos (soportes) en la sucursal mas cercana del **BANCO AV VILLAS S.A.**, sin que estos se constituyan como los únicos por medio de los cuales se pueda probar la ocurrencia y cuantía del siniestro; en cualquier reclamación deberá aportar junto con el formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por usted y / o beneficiarios, la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad y los siguientes documentos:

5.1.1. Para Muerte

- Documento de identidad del beneficiario.
- Copia del registro de defunción.
- Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha de accidente y datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste que la muerte fue accidental.

Nota: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación, así mismo, cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

5.1.2. Para Incapacidad total permanente, Incapacidad total permanente como consecuencia de un accidente aéreo sufrido como pasajero de una aeronave

- 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. Para el sector Fuerzas Militares y Policía Nacional, original o copia autenticada del dictamen de invalidez emitido por la junta de calificación facultada para tal efecto para el caso de las Fuerzas Militares y/o de Policía Nacional.

- Original o copia de historia clínica u original o copia de certificados médicos de ingreso a entidad hospitalaria donde certifican la ocurrencia del hecho que origina la incapacidad total y permanente.

5.1.3. Para renta canasta familiar, renta mensual escolar

- Necropsia o croquis del accidente, o acta de levantamiento de cadáver o certificado de fiscalía siempre y cuando venga establecida la causa de la muerte del asegurado.

5.1.4. Para 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 o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.).

5.1.4. Para cáncer femenino y cáncer de próstata

- Para aquellos casos en que el cónyuge o compañero permanente figure como asegurado, al momento de la reclamación deberá aportar copia autentica del registro civil de matrimonio o sentencia autenticada proferida por un juez de la república en la cual se declare la convivencia o declaración autenticada llevada a cabo ante notario y en presencia de dos testigos en la cual se declare la convivencia.
- Para aquellos casos en los cuales los familiares hasta tercer grado de consanguinidad figuren como asegurados, se deberá aportar los registros civiles de nacimiento en los cuales se pueda demostrar el parentesco hasta tercer grado de consanguinidad.

Para anexo de cáncer femenino: 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.

Para anexo de cáncer de próstata

- Resumen de historia clínica ó epicrisis.
- Original o copia autenticada 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.

****Una vez enviada por usted la documentación completa, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., procederá a resolver la reclamación.***

5.2. Pasos para la reclamación

Cuando usted cuente con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por el siguiente medio:

- **A través de la sucursal del Banco Av Villas más cercana a usted.**

6. INFORMACIÓN ADICIONAL

- Líneas de atención al cliente: 018000968181 a nivel nacional, 7455550 en Bogotá D.C.
- Datos del Defensor del Consumidor Financiero: Jose Fernando Zarta, Av. Calle 24A No. 59 42 Torre 4 Piso 4 Bogotá D.C.
- Teléfono 743533 Ext 14454. Email: defensordelasegurado@segurosalfa.com.co.

Tenga en cuenta: Toda diferencia sobre cualquier aspecto del seguro por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado y la aseguradora, sin responsabilidad alguna del **BANCO AV VILLAS S.A.** El asegurado acepta que el **BANCO AV VILLAS S.A.**, como beneficiario, recibirá la indemnización y tendrá la facultad de aplicar dicha indemnización, mes a mes contra el saldo de las respectivas cuotas en su vencimiento regular, tanto por capital como por intereses.

En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, se le recomienda mantenerse informado al respecto consultando de forma periódica nuestra página web, www.segurosalfa.com.co, ingresando al enlace Consumidor Financiero.

ADVERTENCIA: Este producto es ofrecido por la red del **BANCO AV VILLAS S.A.** limitándose única y exclusivamente al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente impartidas por **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, para la prestación del servicio en dicha red. El **BANCO AV VILLAS S.A.** no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora. El cumplimiento del contrato de seguros es responsabilidad directa y exclusiva de **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, El **BANCO AV VILLAS S.A.** no asume frente al asegurado y/o beneficiario ninguna obligación relacionada con la ejecución del contrato de seguro que da origen a esta transacción.



Firma Autorizada Seguros de Vida Alfa S.A. Nit: 860.503.617-3

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

