



seguros de vida alfa s.a.

# PÓLIZA DE SEGURO VIDA AHORRADOR

## CONDICIONES BANCO AV VILLAS

Señor asegurado, SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió. Esta póliza se compone de las presentes Condiciones y la Solicitud de Seguro.

### 1. COBERTURAS

#### 1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA / RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN

**¿Qué me cubre?** Si durante la vigencia de la póliza usted muere por cualquier causa, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado y de la Renta de Libre Destinación.

##### IMPORTANTE

- La muerte por suicidio no estará cubierta durante el primer año de vigencia de la póliza.
- En el caso de muerte accidental, se cubren las muertes que ocurran hasta 180 días después de la ocurrencia del accidente.

#### 1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBIDO A UN ACCIDENTE

**¿Qué me cubre?** Si usted sufre una incapacidad total y permanente a consecuencia de una enfermedad, accidente o lesión se reconocerá el pago del valor asegurado. Esta incapacidad deberá establecerse en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la EPS o ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez o cualquier otro Dictamen legalmente admisible, en atención al régimen aplicable y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).

##### IMPORTANTE

- Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, como 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, esto es, la estructuración. Además, esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de estructuración de la pérdida de la capacidad laboral.
- La incapacidad total permanente que ocurra a consecuencia del intento de suicidio no estará cubierta durante el primer año de vigencia de la póliza.
- El intento de suicidio se cubre pasado un año de vigencia del seguro.



## 2. EXCLUSIONES GENERALES

### 2.1. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

- 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 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 (SIDA) o VIH.
- 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, bungee 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.
- Tentativa de suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- 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.
- Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- Padecimientos congénitos, anomalías congénitas como los aneurismas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- 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.
- Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- Enfermedades que sean consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad que haya sido conocida o diagnosticada al momento de la fecha de inicio de vigencia o de la toma o durante el periodo de carencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.
- Se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza
- Hechos ciertos



### 3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

En adición a la Fotocopia del documento de identidad (sólo beneficiarios) y el Formato para Declaración de Siniestros, el reclamante está obligado a probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos, para cada una de las coberturas, sin perjuicio de otros que considere pertinentes.

#### • PARA MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE MUERTE

- Copia del Registro Civil o Notarial de defunción
- En caso de muerte presunta se adjuntará copia autentica de sentencia debidamente ejecutoriada donde se indique la presunta fecha de muerte.

#### • PARA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Original o Copia del dictamen de invalidez de la Junta Regional o Nacional de Calificación o cualquier otro Dictamen legalmente admisible, en atención al régimen aplicable en el que conste causa de la invalidez, porcentaje de invalidez y descripción de disminución.
- 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.

### 4. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

1

Complete los documentos

2

Radique a través de las oficinas del Banco AV Villas

3

Nos contactaremos con usted para informarle la resolución del caso.

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. DEFINICIONES

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

#### ASEGURADO

Es la persona titular del producto financiero.

#### BENEFICIARIO

- Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación según la cobertura.
- **Muerte por cualquier causa y Renta de Libre Destinación:** los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de ley.
  - **Incapacidad total y permanente por accidente:** El asegurado

#### EXCLUSIONES

Hechos, Situaciones o Condiciones no cubiertos por este seguro.



**seguros de vida alfa s.a.**

---

**PRIMA** Es el precio del seguro.

---

**SINIESTRO** Ocurrencia de los sucesos amparados que originen el pago del valor asegurado de la presente póliza.

---

**VALOR ASEGURADO** Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A**

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

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

**En todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el Código de Comercio.**

**Código Condicionado: 3/12/2018-1417-P-34-0007400325700000-0R00**

**Nota Técnica: 140716-1417-NT-P-34- V-P- BSVGRA-2016-1 0R00**