

**CONDICIONES PARTICULARES
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO CON ANEXO DE SUSTRACCIÓN Y
ENFERMEDADES GRAVES
PROTECCIÓN IDEAL**



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

CONDICIONES PARTICULARES

CONTENIDO

SEGURO DE VIDA GRUPO CON ANEXO DE SUSTRACCIÓN Y ENFERMEDADES GRAVES PROTECCIÓN IDEAS

1. Coberturas

- 1.1. Muerte por cualquier causa
- 1.2. Incapacidad total permanente
- 1.3. Renta de Libre destinación en caso de muerte
- 1.4. Anexo de Sustracción
 - 1.4.1. Hurto en cajero físico o sucursal bancaria
 - 1.4.2. Hurto en cajero electrónico
 - 1.4.3. Uso indebido de la tarjetas débito, talonario o chequera
 - 1.4.4. Utilización forzada de tarjetas débito, talonario o chequera
- 1.5. Anexo de enfermedades Graves
 - 1.5.1. Cáncer
 - 1.5.2. Infarto del miocardio
 - 1.5.3. Cirugía de bypass coronario.
 - 1.5.4. Enfermedad cerebro – vascular.
 - 1.5.5. Insuficiencia renal crónica
 - 1.5.6. Trasplante de órganos mayores.
 - 1.5.7. Esclerosis múltiple

2. Exclusiones

- 2.1. Exclusiones generales
- 2.2. Exclusiones aplicables a las coberturas de hurto en cajero físico o sucursal bancaria, hurto en cajero electrónico, uso indebido de tarjetas débito, talonario o chequera, utilización forzada de las tarjetas débito, talonario o chequera.
- 2.3. Enfermedades graves

3. Glosario

4. Cláusulas especiales de las condiciones particulares

- 4.1. Protección de datos personales.
- 4.2. Terminación del seguro.
- 4.3. Revocación Unilateral

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

- 5.1. Documentos para la reclamación
 - 5.1.1. Para Muerte por Cualquier Causa y Renta de Libre Destinación en Caso de Muerte
 - 5.1.2. Para Incapacidad Total Permanente
 - 5.1.3. Para Uso Indebido de Tarjeta Débito, Talonario o Chequera
 - 5.1.4. Utilización Forzada de las Tarjetas Débito, Talonario o Chequera, Hurto en Cajero Físico o Sucursal Bancaria y Hurto en Cajero Electrónico
 - 5.1.5. Para Enfermedades Graves
- 5.2. Pasos para realizar la reclamación

6. Información adicional

7. Anexo asistencia dental

8. Anexo de asistencia sala de urgencias

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 POR CUALQUIER CAUSA

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

RECONOCER A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES EL ASEGURADO MUERA POR CUALQUIER CAUSA.

CARACTERÍSTICAS QUE TIENE ESTA COBERTURA

- EL ASEGURADO DEBE FALLECER DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 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 PERMANENTE

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

RECONOCER A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO ("USTED") SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD, ACCIDENTE O LESIÓN. ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ ESTAR SUSTENTADA 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%).

CARACTERÍSTICAS QUE TIENE ESTA COBERTURA

- 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.
- ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ SOPORTARSE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LOS EXÁMENES CLÍNICOS Y LOS EXÁMENES DE AYUDA DIAGNÓSTICA LOS CUALES PUEDAN CORRESPONDER A ANTES O DESPUÉS DE LA FECHA DE LA DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL¹.
- 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.

1.3. RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE MUERTE

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

RECONOCER A FAVOR DEL BENEFICIARIO UNA RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE MUERTE, SÍ EL ASEGURADO MUERE POR CUALQUIER CAUSA DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CARACTERÍSTICAS QUE TIENE ESTA COBERTURA

- EL SUICIDIO SE CUBRE PASADO UN AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.
- SÓLO SE RECONOCE UN ÚNICO EVENTO.
- EL VALOR ASEGURADO DE ESTA COBERTURA SE PAGA SIEMPRE Y CUANDO SE RECONOZCA LA INDEMNIZACIÓN DE LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

1.4. ANEXO DE SUSTRACCIÓN

1.4.1. HURTO EN CAJERO FÍSICO O SUCURSAL BANCARIA

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

RECONOCER A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SÍ EL ASEGURADO ES VÍCTIMA DE UN HURTO CALIFICADO EN EL CUAL PIERDE LAS SUMAS RETIRADAS EN LAS OFICINAS, SUCURSALES BANCARIAS.

CARACTERÍSTICAS QUE TIENE ESTA COBERTURA

- ESTA COBERTURA ÚNICAMENTE CUBRE LOS HURTOS CALIFICADOS QUE OCURRAN DURANTE LAS DOS (2) HORAS SIGUIENTES DE HABERSE REALIZADO EL RETIRO DEL DINERO EN LAS OFICINAS, SUCURSALES BANCARIAS.
- EL DINERO DEBE SER HURTADO AL TITULAR DE LA CUENTA DE AHORROS, CORRIENTE O NÓMINA.
- SE CUBRE 2 EVENTOS AL AÑO.
- NO SE CUBREN HURTOS SIMPLES O EXTRAVÍO DE DINERO.
- SÓLO SE INDEMNIZARÁ LA PÉRDIDA SUFRIDA POR EL ASEGURADO SIN SUPERAR EL VALOR ASEGURADO DE ACUERDO AL PLAN CONTRATADO.
- EL HECHO DESCRITO EN ESTA COBERTURA DEBE OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

1.4.2. HURTO EN CAJERO ELECTRÓNICO

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

RECONOCER A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SÍ EL ASEGURADO ES VÍCTIMA DE UN HURTO CALIFICADO EN EL CUAL PIERDE LAS SUMAS RETIRADAS EN CAJEROS ELECTRÓNICOS.

CARACTERÍSTICAS QUE TIENE ESTA COBERTURA

- ESTA COBERTURA ÚNICAMENTE CUBRE LOS HURTOS CALIFICADOS QUE OCURRAN DURANTE LAS DOS (2) HORAS SIGUIENTES DE HABERSE REALIZADO EL RETIRO DEL DINERO EN LOS CAJEROS ELECTRÓNICOS.
- EL DINERO DEBE SER HURTADO AL TITULAR DE LA CUENTA DE AHORROS, CORRIENTE O NÓMINA.
- SE CUBRE 3 EVENTOS AL AÑO.
- NO SE CUBREN HURTOS SIMPLES O EXTRAVÍO DE DINERO.
- SÓLO SE INDEMNIZARÁ LA PÉRDIDA SUFRIDA POR EL ASEGURADO SIN SUPERAR EL VALOR ASEGURADO DE ACUERDO AL PLAN CONTRATADO
- EL HECHO DESCRITO EN ESTA COBERTURA DEBE OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

1.4.3. USO INDEBIDO DE LA TARJETAS DÉBITO, TALONARIO O CHEQUERA

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

RECONOCER A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, CUANDO EL ASEGURADO SE VEA AFECTADO POR LA UTILIZACIÓN FRAUDULENTE GENERADA POR UNA TERCERA PERSONA NO AUTORIZADA, COMO CONSECUENCIA DE HURTO CALIFICADO, PERDIDA Y/O EXTRAVÍO DE SU TARJETA DÉBITO, TALONARIO Y/O CHEQUERA DEL BANCO, SUFRIENDO UNA PÉRDIDA PATRIMONIAL DIRECTA.

CARACTERÍSTICAS QUE TIENE ESTA COBERTURA

- SE CUBREN LOS HURTOS CALIFICADOS, PÉRDIDAS Y/O EXTRAVÍOS QUE OCURRAN 72 HORAS ANTES DE LA NOTIFICACIÓN O AVISO QUE SE REALICE FRENTE AL BANCO.
- LA PÉRDIDA DEBE OCURRIR ANTES DEL BLOQUEO EN EL SISTEMA DEL EMISOR DE LA TARJETA DÉBITO, TALONARIO Y/O CHEQUERA.
- UNA VEZ EL ASEGURADO IDENTIFIQUE LA PÉRDIDA, DEBERÁ NOTIFICARLA A LA ENTIDAD FINANCIERA PARA EL RESPECTIVO BLOQUEO.
- SE CUBRE 2 EVENTOS AL AÑO
- SÓLO SE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO DE ACUERDO AL PLAN CONTRATADO.
- EL HECHO DESCRITO EN ESTA COBERTURA DEBE OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.
- NO SE CUBREN LAS OPERACIONES QUE REALICEN TERCEROS EN PORTAL DE BANCA MÓVIL O PORTALES DE LA ENTIDAD FINANCIERA EN INTERNET.

1.4.4. UTILIZACIÓN FORZADA DE TARJETAS DÉBITO, TALONARIO O CHEQUERA

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

RECONOCER A FAVOR DEL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SÍ EL ASEGURADO ES FORZADO POR UN TERCERO A UTILIZAR SU TARJETA DÉBITO, CHEQUERA O TALONARIO.

CARACTERÍSTICAS QUE TIENE ESTA COBERTURA

- EL HECHO DESCRITO EN ESTA COBERTURA DEBE OCURRIR DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO.
- SE CUBRE 2 EVENTOS AL AÑO.
- SÓLO SE PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO DE ACUERDO CON EL PLAN CONTRATADO.

1.5. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE ESTA COBERTURA?

RECONOCER UNA SUMA ASEGURADA EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL ASEGURADO ("USTED") LE SEA DIAGNOSTICADO O SE LE MANIFIESTE POR PRIMERA VEZ ALGUNA DE LAS SIETE (7) ENFERMEDADES GRAVES O LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN. POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE CUALQUIER ENFERMEDAD O PROCEDIMIENTO DISTINTO AL ENUNCIADO NO SERÁ CUBIERTO.

IMPORTANTE: LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES Y/O PROCEDIMIENTOS DEBEN ESTAR CERTIFICADOS POR UN MÉDICO DE LA EPS, RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD, ARL, PLAN ADICIONAL DE SALUD O PÓLIZA DE SALUD A LA CUAL EL ASEGURADO ("USTED") SE ENCUENTRE AFILIADO O POR UN MÉDICO INDEPENDIENTE LICENCIADO EN COLOMBIA.

1.5.1. CÁNCER

SE CUBRIRÁ EL CÁNCER A PARTIR DE LA DEMOSTRACIÓN DE LA PRESENCIA DE UNA NEOPLASIA MALIGNA DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN Y DEMOSTRACIÓN QUE SE SEÑALA A CONTINUACIÓN:

SE ENTIENDE POR CÁNCER, LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, CARACTERIZADO POR ALTERACIONES CELULARES MORFOLÓGICAS Y CROMOSÓMICAS DE 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 LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER REALIZADO POR UN MÉDICO LICENCIADO EN COLOMBIA, BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y CONFIRMADO POR UN DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO ("BIOPSIA") QUE CONFIRME POSITIVAMENTE LA PRESENCIA DE UN CÁNCER.

CABE RESALTAR QUE ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, ESTO INCLUYE LAS METÁSTASIS DE ESTA PRIMERA MANIFESTACIÓN. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA RECLAMACIÓN REALIZADA A **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

1.5.2. 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 COMO CONSECUENCIA DE UN APORTE DEFICIENTE A LA ZONA RESPECTIVA.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UN INFARTO DEL MIOCARDIO DENTRO DE UN PLAZO DE SETENTA Y DOS HORAS (72) HORAS ANTES DE DICHA HOSPITALIZACIÓN, QUE PRESENTE:

- CAMBIOS NUEVOS, RELEVANTES Y CARACTERIZADOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA EKG.
- AUMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS.

EL INFARTO DEL MIOCARDIO QUE OCURRE DENTRO DE LOS CATORCE (14) DÍAS POSTERIORES A CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS, ANGIOPLASTÍA CORONARIA O CIRUGÍA DE DERIVACIÓN CORONARIA, SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE SI HA RESULTADO CON NUEVAS ONDAS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES PERMANENTES DE LA PARED CARDIACA MOSTRADOS EN LAS IMÁGENES CARDIACAS TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO CORONARIO.

1.5.3. CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO.

ES LA CIRUGÍA DE UNA 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.

IMPORTANTE: LA ENFERMEDAD Y LA CIRUGÍA DE BY PASS CORONARIO DEBEN DIAGNOSTICARSE Y LLEVARSE A CABO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

1.5.4. ENFERMEDAD CEREBRO – VASCULAR

CORRESPONDE A LA EMBOLIA CEREBRAL QUE 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 (24) 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.

1.5.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

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

LA INSUFICIENCIA TOTAL, CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES O LA CONTINUA DIÁLISIS RENAL DE DOS TIPOS (I) HEMODIÁLISIS O (II) DIÁLISIS PERITONEAL, DEBERÁ SER INSTITUCIONALIZADA Y CONSIDERADA MÉDICAMENTE NECESARIA, POR UN NEFRÓLOGO CERTIFICADO.

1.5.6. 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, PARA LOS SIGUIENTES ÓRGANOS: (I) CORAZÓN, (II) PULMÓN, (III) HÍGADO, (IV) RIÑÓN, (V) MÉDULA ÓSEA O (VI) 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.

IMPORTANTE:

- 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 DE QUE EL TRASPLANTE 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 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS.
- 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 Y DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.
- LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS POR EL ASEGURADO EN SU RECLAMACIÓN, DEBERÁN CONTENER LOS SOPORTES MÉDICOS RESPECTIVOS.

1.5.7. 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.

2. EXCLUSIONES

2.1. EXCLUSIONES GENERALES

LAS EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SON:

- 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
- 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, PARACAJIDISMO, 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.
- 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.
- EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA 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, INDEPENDIEMENTE DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU PRIMER DIAGNÓSTICO.
- SE EXCLUYEN DIAGNÓSTICOS REPETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

2.2. EXCLUSIONES APLICABLES A LAS COBERTURAS DE HURTO EN CAJERO FÍSICO O SUCURSAL BANCARIA, HURTO EN CAJERO ELECTRÓNICO, USO INDEBIDO DE TARJETAS DÉBITO, TALONARIO O CHEQUERA, UTILIZACIÓN FORZADA DE LAS TARJETAS DÉBITO, TALONARIO O CHEQUERA.

- ACTOS DESHONESTOS, FRAUDULENTOS O CRIMINALES COMETIDOS POR EL ASEGURADO, ALGÚN AMIGO, FAMILIAR O EMPLEADO SUYO, (II) TARJETAS DÉBITO, TALONARIOS O CHEQUERAS QUE SE EXTRAVÍEN EN CUSTODIA DEL BANCO, DEL SERVICIO DE CORREO O POSTAL, (III) PÉRDIDAS EN LAS QUE EL ASEGURADO HAYA SIDO INDEMNIZADO A TRAVÉS DE OTRAS PÓLIZAS DE SEGURO O POR CUALQUIER INSTITUCIÓN FINANCIERA O FRANQUICIA, (IV) HURTO SIMPLE, (V) EXTRAVÍO, ESTA CONDICIÓN NO APLICA COMO EXCLUSIÓN PARA LA COBERTURA DE USO INDEBIDO, SIN EMBARGO PARA LAS DEMÁS COBERTURAS SÍ APLICAN COMO EXCLUSIONES, (VI) PÉRDIDA DEL DINERO CUANDO SE HAYA RETIRADO CON UNA TARJETA DÉBITO, CHEQUERA O TALONARIO DIFERENTE A LA DEL ASEGURADO, (VII) CUALQUIER SUMA DE DINERO MAYOR A LA PERMITIDA PARA RETIROS DE EFECTIVO POR POLÍTICAS DEL BANCO, (VIII) PÉRDIDAS DE DINERO QUE OCURRAN DESPUÉS DE DOS (2) HORAS DE HABER SIDO REALIZADO EL RETIRO DEL EFECTIVO, (IX) PÉRDIDAS DE DINERO QUE NO SEAN REGISTRADAS COMO RETIRADAS DE LA SUCURSAL BANCARIA O CAJERO ELECTRÓNICO, (X) PÉRDIDAS DE DINERO POR PERSONAS DISTINTAS AL ASEGURADO, (XI) USO FRAUDULENTO DE LAS TARJETAS DE DÉBITO, TALONARIO O CHEQUERA QUE OCURRAN CON POSTERIORIDAD AL BLOQUEO QUE SE HAGA EN EL BANCO, (XII) USO FRAUDULENTO DEBIDO A QUE EL ASEGURADO PROPORCIONE DE MANERA VOLUNTARIA LA CLAVE DE LA TARJETA DÉBITO, (XIII) PÉRDIDA O USO FRAUDULENTO DEBIDO A QUE LA TARJETA DÉBITO, TALONARIO O CHEQUERA SE ENCONTRABA DENTRO DE UN VEHÍCULO AUTOMOTOR, (XIV) USO FRAUDULENTO CON TARJETAS, TALONARIOS O CHEQUERAS DIFERENTES A LA DEL ASEGURADO.

2.3. ENFERMEDADES GRAVES

2.3.1. CÁNCER

QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA (EXCLUSIONES)?

- LEUCEMIA LINFOIDE, (II) CÁNCERES DE PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO, (III) TODOS LOS TUMORES DESCRITOS HISTOLÓGICAMENTE COMO BENIGNOS, PREMALIGNOS CON POTENCIAL BAJO DE MALIGNIDAD, O NO INVASIVOS, (IV) TODAS LAS LESIONES DESCRITAS COMO CARCINOMA "IN SITU", (V) VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, (VI) CONDILOMAS PLANOS, (VII) DISPLASIAS CERVICALES NIC I, NIC II Y NIC III Y (VIII) LAS SIGUIENTES

ENFERMEDADES ESPECÍFICAS: POLICITEMIA VERA Y TROMBOCITOPENIA ESENCIAL, (IX) TODOS LOS TUMORES DE PRÓSTATA, AL MENOS QUE SEAN CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE POR LA ESCALA DE "GLEASON" CON UN GRADO MENOR A 6, O QUE HAYAN PROGRESADO AL MENOS A LA CLASE T2N0M0 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE AJCC SEXTA EDICIÓN CLASIFICACIÓN TMN, (X) CUALQUIER TIPO DE CÁNCER EN PRESENCIA DE LA INFECCIÓN VIH QUE SEA CERTIFICADO POR UN MÉDICO LICENCIADO EN COLOMBIA, INCLUYENDO EL LINFOMA O SARCOMA DE KAPOSI, (XI) 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, (XII) 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 Y (XIII) 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.

- TODO TIPO DE CÁNCER QUE SEA UNA RECURRENCIA O METÁSTASIS DE UN TUMOR PRESENTADO POR PRIMERA VEZ DENTRO DEL PERÍODO DE CARENANCIA.

2.3.2. INFARTO DEL MIOCARDIO

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA (EXCLUSIONES)?

- (I) LA INSUFICIENCIA CARDIACA, (II) DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, (III) ANGINA, (IV) ANGINA INESTABLE, (V) MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y (VI) LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO.

2.3.3. CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA (EXCLUSIONES)?

SE ENCUENTRAN EXCLUIDOS DE LA COBERTURA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS, CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS:

- LA ANGIOPLASTIA DE GLOBO Y OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA.
- LA ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP), CATETERISMO CARDIACO, 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.

2.3.4. ENFERMEDAD CEREBRO – VASCULAR

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA (EXCLUSIONES)?

- NO SE CONSIDERARÁN DENTRO DE LA COBERTURA LOS SÍNTOMAS CEREBRALES DE (I) MIGRAÑA, (II) LESIÓN CEREBRAL CAUSADA POR UN TRAUMATISMO O HIPOXIA, (III) UNA ENFERMEDAD VASCULAR QUE AFECTE AL OJO O AL NERVIÓ ÓPTICO, (IV) LAS ALTERACIONES ISQUÉMICAS DEL SISTEMA VESTIBULAR, (V) 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 NERVIÓ ÓPTICO O RETINA.
- TRASTORNOS ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR.
- EMBOLIA CEREBRAL SILENTE ASINTOMÁTICA ENCONTRADA EN IMÁGENES.

2.3.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA (EXCLUSIONES)?

- LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR.

1.5.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA (EXCLUSIONES)?

- LA COBERTURA SÓLO COMPRENDE EL TRASPLANTE DE TODO EL ÓRGANO DESCRITO EN EL PRESENTE AMPARO Y NO DE FRACCIONES O PARTES DE ÉSTE, POR LO QUE EN EL CASO DEL PÁNCREAS SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS Y GLOBULOS HEPÁTICOS O PULMONARES.
- TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA.

1.5.7. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA (EXCLUSIONES)?

- SE EXCLUYEN OTRAS CAUSAS DE DAÑO NEUROLÓGICO COMO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO O INFECCIONES POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

3. GLOSARIO

Para la comprensión del contenido del presente seguro, por favor preste atención a las siguientes definiciones:

- **ACCIDENTE:** Suceso imprevisto, repentino fortuito 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, estos son:
 - Para Muerte por cualquier causa y Renta de libre destinación en caso de Muerte: Serán los beneficiarios designados o en su defecto los de ley.
 - Para las demás coberturas: el asegurado.

- **CAJERO ELECTRÓNICO:** Máquina dispensadora de dinero activadas mediante una tarjeta y una clave secreta personal, que identifica a un usuario².
- **INTIMIDACIÓN:** Amenaza física.
- **EDAD MÍNIMA DE INGRESO:** Edad a partir de la cual una persona puede adherirse al presente seguro.
- **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.
- **EXCLUSIONES:** Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.
- **HURTO CALIFICADO:** Apropiarse de los bienes ajenos a través de la fuerza sobre la cosa o la intimidación o violencia sobre las personas³.
- **HURTO SIMPLE:** Apropiarse de los bienes ajenos sin utilizar la fuerza ni violencia sobre las personas o cosas.
- **PRIMA:** Precio del seguro.
- **SINIESTRO:** Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
- **TOMADOR:** Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.

4. CLAUSULAS ESPECIALES DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

4.1. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente para los fines de la contratación del seguro a **SEGUROS ALFA S.A., SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** y al Tomador para efectuar todo tratamiento de mi información personal, necesario para el cumplimiento de mis 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 a fin, complementada 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. Autorizo transferir y transmitir mis datos personales con terceros a nivel Nacional e internacional. Esa transferencia o transmisión se presentará cuando sea necesaria en el presente seguro.

4.2. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro podrá terminar por cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a **SEGUROS ALFA S.A., SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, su solicitud de revocación.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de **SEGUROS ALFA S.A., SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** En este caso se remitirá un documento escrito dirigido a su última dirección física o electrónica conocida, con no menos de diez (10) días de antelación contados a partir de la fecha del envío
6. Muerte del asegurado.

4.3. REVOCACIÓN UNILATERAL

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A**, **SEGUROS ALFA S.A.** o por el asegurado.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. y **SEGUROS ALFA S.A.** podrá revocar los amparos indemnizatorios como Renta de Libre Destinación en Caso de Muerte, el Anexo de Sustracción compuesto por las coberturas de (I) Hurto en Cajero Físico o Sucursal Bancaria, (II) Hurto en Cajero Electrónico, (III) Uso Indevido de Tarjetas Débito, Talonario o Chequera, y (IV) Utilización Forzada de Tarjetas Débito, Talonario o Chequera y el Anexo de Enfermedades Graves, en este caso la aseguradora remitirá un documento escrito dirigido a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación contados a partir de la fecha del envío;

Cuando usted decida solicitar la revocación del seguro, lo podrá realizar en cualquier momento. Para ello será necesario que dirija a **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** y a **SEGUROS ALFA S.A.** su solicitud de revocación. Para esto, lo invitamos a:

- Comunicarse a las líneas de atención al cliente señaladas en estas condiciones particulares.
- Dirigirse a cualquiera de las oficinas del **BANCO AV VILLAS S.A.** donde podrá realizar el trámite de cancelación.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de revocación del seguro.

5. OCURRENCIA DEL SINIESTRO, RECLAMACION Y CONDICIONES DE LA INDEMNIZACIÓN

“Derechos de los asegurados”

5.1. DOCUMENTOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, a usted como asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Por tal razón para afectar las coberturas descritas en este seguro será necesario que en cada reclamación se adjunten, además del formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por usted o los beneficiarios (En caso de Muerte por Cualquier Causa), la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado (“usted”) y de los beneficiarios, los siguientes documentos:

5.1.1. 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.

5.1.2. 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.

5.1.3. PARA USO INDEBIDO DE TARJETA DÉBITO, TALONARIO O CHEQUERA

- (I) 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://webp.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 qué fue solicitado el bloqueo por parte del cliente y la fecha en la que fue realizado el bloqueo por parte del banco.

5.1.4. UTILIZACIÓN FORZADA DE LAS TARJETAS DÉBITO, TALONARIO O CHEQUERA, HURTO EN CAJERO ELECTRÓNICO Y HURTO EN CAJERO BANCARIO Y HURTO EN CAJERO ELECTRÓNICO

- (I) 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://webrp.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 qué fue solicitado el bloqueo por parte del cliente y la fecha en la que fue realizado el bloqueo por parte del banco.

5.1.5. 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 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).

IMPORTANTE: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. y SEGUROS ALFA S.A. podrán solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados necesario para definir su reclamación.

- 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.

5.2. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

Cuando el asegurado (“usted”) o sus beneficiarios cuenten con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por el siguiente medio:

- A través de las sucursales del Banco Av Villas S.A.

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

6. INFORMACION ADICIONAL

Señor (a) asegurado (a), recuerde que usted podrá acudir al defensor del consumidor financiero si lo considera necesario, para ello tenga en cuenta la siguiente información:

Correo electrónico: defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co Telefax: 7435333 ext. 14454

Dirección: Calle 24 A # 59 42 Torre 4 Piso 4 Bogotá D.C. Horario de atención: 8:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua.

Cualquier inquietud o duda, por favor comuníquese a las líneas de servicio al cliente.

En Bogotá (1) 7455550 **En Cali** (2) 4850840 **En Medellín** (4) 6040576 **En Barranquilla** (5) 38518 62 **En Bucaramanga** (7) 69712 46 y a nivel nacional en 018000968181.

Firma Autorizada SEGUROS ALFA S.A., SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
NIT N° 860.031.979-8, 860.503.617-3

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

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



ANEXO DE ASISTENCIA DENTAL

ASISTENCIAS (SERVICIOS EN LAS PRINCIPALES CIUDADES DEL PAÍS)	COBERTURAS	EVENTOS POR AÑO
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	MÁXIMO DE EVENTOS
ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA		
Medicina Bucal:		
Examen clínico		
Diagnóstico		
Pronóstico		
Plan de tratamiento		
PERIODONCIA: TARTRECTOMÍA SIMPLE (limpieza dental sencilla)		
PROFILAXIS: PULIDO DENTAL		
RETAURADORA Y OPERATORIA: AMALGAMAS, RESINAS Y VIDRIO IONOMÉRICOS.	\$ 300.000	2 EVENTOS
CIRUGÍA - EXODONCIAS SIMPLES O EXTRACCIONES:		
DIENTES PERMANENTES		
DIENTES TEMPORALES		
DIENTES RESTOS RADICULARES		
DIENTES FRACTURADOS		
RADIOGRAFÍAS:		
PERIAPICALES INDIVIDUALES		
CORONALES		
ORIENTACIÓN DENTAL TELEFÓNICA	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
LIMPIEZA DENTAL BÁSICA	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
SERVICIO DE REFERENCIAS Y COORDINACIÓN	MONTO MÁXIMA POR EVENTO	MÁXIMO DE EVENTOS
REFERENCIA Y CONEXIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE

CLÁUSULA PRIMERA: COBERTURAS.

1.1. ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA

EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁ EL PROVEEDOR ASIGNADO POR **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** QUIEN CUBRA EL COSTO, DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA, HASTA EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DEL CONTRATO, COMO CONSECUENCIA DE UNA EMERGENCIA, QUE HAYA SUFRIDO EL ASEGURADO Y/O LAS PERSONAS QUE INTEGRAN EL GRUPO FAMILIAR, EN LAS PÓLIZAS EXPEDIDAS POR **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

LA ASISTENCIA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETO DEL CONTRATO ESTARÁ SUJETA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- EL ASEGURADO Y/O SU GRUPO FAMILIAR DEBERÁN COMUNICARSE A LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL PARA SOLICITAR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
- SOLO SE PAGARÁ HASTA EL MONTO MÁXIMO TRESCIENTOS MIL PESOS (\$ 300.000) POR EVENTO.
- ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE DOS (2) EVENTOS POR AÑO.
- LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR BAJO ESTE AMPARO SON: ASEGURADO Y SU GRUPO FAMILIAR QUE COMPRENDE HASTA (4) CUATRO DE SUS FAMILIARES EN PRIMER Y SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD, ASÍ:
 - CASADO O UNIÓN LIBRE: HIJOS, CÓNYUGUE/COMPAÑERO PERMANENTE, PADRES
 - SOLTERO: PADRES, HERMANOS MENORES DE 21 AÑOS

LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA COMPRENDE:

- MEDICINA BUCAL: EXAMEN CLÍNICO DE URGENCIA (DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO).
- CIRUGÍA: EXODONCIAS O EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES PERMANENTES, EXODONCIAS O EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES TEMPORALES, EXODONCIAS O EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES RESTOS RADICULARES, EXODONCIAS O EXTRACCIONES SIMPLES EN DIENTES FRACTURADOS.
- RADIOGRAFÍAS: PERIAPICALES INDIVIDUALES Y CORONALES REQUERIDAS PARA REALIZAR LOS TRATAMIENTOS AMPARADOS EN LA COBERTURA, REALIZADAS EN EL CONSULTORIO.
- PERIODONCIA: TARTRECTOMÍA SIMPLE (LIMPIEZA SENCILLA).
- PROFILAXIS: PULIDO DENTAL.
- RESTAURADORA Y OPERATORIA: AMALGAMAS EN DIENTES POSTERIORES, RESINAS EN DIENTES ANTERIORES, VIDRIO IONOMÉRICOS.

EL PROCEDIMIENTO A REALIZARSE Y SU AUTORIZACIÓN QUEDARÁ A CRITERIO DEL PROFESIONAL MÉDICO DENTAL DEL CALL CENTER.

1.2. ORIENTACIÓN DENTAL TELEFÓNICA

A TRAVÉS DE ESTE SERVICIO DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, EL ASEGURADO Y/O LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR PODRÁ COMUNICARSE CON UN PROFESIONAL DISPUESTO POR EL PROVEEDOR DESIGNADO POR **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**, A TRAVÉS DE LA LÍNEA TELEFÓNICA DISPUESTA POR ESTAS ÚLTIMAS, LINEA EN LA CUAL SE BRINDARÁ ORIENTACIÓN DENTAL TELEFÓNICA ANTE CUALQUIER EMERGENCIA EN SU SALUD DENTAL.

LA ASISTENCIA SE REALIZA SIN LIMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE COBERTURA.

1.3. LIMPIEZA DENTAL BÁSICA

EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO SE CUBRE EL COSTO, HASTA EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DEL CONTRATO, DEL SERVICIO DE LIMPIEZA DENTAL BÁSICA AL ASEGURADO.

LA ASISTENCIA DE LIMPIEZA DENTAL BÁSICA ESTARÁ SUJETA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- EL ASEGURADO DEBERÁ COMUNICARSE A LAS LINEAS TELEFÓNICAS 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL PARA SOLICITAR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
- ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE DOS (2) EVENTOS POR AÑO.

LOS SERVICIOS DE LIMPIEZA DENTAL BÁSICA COMPRENDE:

- LA REMOCIÓN DE CÁLCULO "SUPRA GINGIVAL", PLACA DENTAL Y MANCHAS QUE SE DEPOSITAN SOBRE LOS DIENTES, Y NO REQUIERA ANESTESIA DENTAL, NO APLICA EN INFLAMACIÓN DE ENCÍAS, SANGRADO Y ZONAS CON PÉRDIDA DENTAL, PERDIDA DE HUESO, MOVILIDAD DENTAL, INFLAMACIÓN, BOLSAS PERIODONTALES, SANGRADO DE ENCÍAS Y HALITOSIS, USO DE ANESTESIA Y MEDICAMENTOS. (ESTA COBERTURA APLICA ÚNICAMENTE PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL).

1.4. REFERENCIA Y CONEXIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO SE CUBRE EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS Y HONORARIOS MEDICOS PARA EL DEL ASEGURADO Y/O DE LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR, HASTA EL VALOR INDICADO EN EL CONTRATO.

LA ASISTENCIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS ESTARÁ SUJETA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- EL ASEGURADO Y/O LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DEBERÁN COMUNICARSE A LAS LINEAS TELEFÓNICAS 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL PARA SOLICITAR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
- LA ASISTENCIA SE REALIZA SIN LIMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE COBERTURA

CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES

NO SON OBJETO DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA LOS SIGUIENTES HECHOS:

- 2.1. QUE EL SOLICITANTE NO SE IDENTIFIQUE COMO ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR.
- 2.2. QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE AL DÍA EN EL PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO CONTRATADO CON LA ASEGURADORA.
- 2.3. QUE EL SEGURO HAYA FINALIZADO SU VIGENCIA O QUE HAYA SIDO CANCELADO PREVIAMENTE POR SOLICITUD DEL ASEGURADO.
- 2.4. QUE EL ASEGURADO INCUMPLA CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES Y CONDICIONES DE COBERTURA INDICADAS EN ESTE CONTRATO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO CONTRATADO CON **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** TAMBIÉN QUEDAN EXCLUIDAS LAS

SITUACIONES DE ASISTENCIA QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE: HUELGAS, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES (SE HAYA DECLARADO GUERRA O NO), REBELIÓN, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, TERRORISMO, PRONUNCIAMIENTOS, MANIFESTACIONES, MOVIMIENTOS POPULARES, RADIOACTIVIDAD O CUALQUIER OTRA CAUSA DE FUERZA MAYOR.

2.5. CUALQUIER SERVICIO QUE SEA CONTRATADO DIRECTAMENTE POR EL TOMADOR/ASEGURADO Y/O ASEGURADOS O A TRAVÉS DE TERCEROS Y QUE NO HAYA SIDO COORDINADO A TRAVÉS DE LAS LÍNEAS DISPUESTAS POR **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

2.6. CUANDO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR NO PROPORCIONE INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE EL ASUNTO.

2.7. AUTOLESIONES O PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EN ACTOS DELICTIVOS YA SEA CULPABLE O DOLOSAMENTE. LA PARTICIPACIÓN DEL TOMADOR/ASEGURADO Y/O ASEGURADOS EN COMBATES, SALVO EN CASO DE DEFENSA PROPIA. LA PRÁCTICA DE DEPORTES COMO PROFESIONAL, LA PARTICIPACIÓN EN COMPETICIONES OFICIALES Y EN EXHIBICIONES. LA PARTICIPACIÓN DEL TOMADOR/ASEGURADO Y/O ASEGURADOS EN CARRERAS DE CABALLOS, DE BICICLETAS, DE COCHES Y EN CUALQUIER CLASE DE CARRERAS Y EXHIBICIONES O PRUEBAS Y/O CONTIENDAS DE SEGURIDAD Y/O DE RESISTENCIA.

2.8. LAS IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN O DESINTEGRACIÓN NUCLEAR, DE LA RADIOACTIVIDAD O DE CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE CAUSADO POR COMBUSTIBLES NUCLEARES.

2.9. LA MALA FE, FRAUDE O ABUSO DE CONFIANZA DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR

2.10. HECHOS Y ACTOS DEL HOMBRE DERIVADOS DE: TERRORISMO, GUERRA, GUERRILLA, VANDALISMO, ASALTO, MOTÍN O TUMULTO, ETC.

2.11. HECHOS Y ACTOS DE FUERZAS ARMADAS, FUERZA O CUERPO DE SEGURIDAD.

2.12. LA ENERGÍA NUCLEAR RADIATIVA.

2.13. LA INGESTIÓN DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

2.14. PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETENCIA PROFESIONAL.

2.15. CUANDO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR INCUMPLA CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES INDICADAS EN ESTE DOCUMENTO.

CLÁUSULA TERCERA: LIMITACIONES.

3.1. NÚMERO DE EVENTOS POR VIGENCIA:

- ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA: DOS (2) EVENTOS AL AÑO.
- ORIENTACIÓN DENTAL TELEFÓNICA: ILIMITADO.
- LIMPIEZA DENTAL BÁSICA: DOS (2) EVENTOS AL AÑO (ÚNICAMENTE PARA EL TITULAR)
- REFERENCIA Y CONEXIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS: ILIMITADO

3.2. PERIODO DE CARENCIA:

NO APLICA PERIODO DE CARENCIA.

3.3. GRUPO ASEGURADO

CUBRE AL ASEGURADO PRINCIPAL Y HASTA CUATRO (4) INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR QUE SERÁN EN PRIMER Y SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD.

CLÁUSULA CUARTA. DEFINICIONES.

TOMADOR/ASEGURADO: EN ESTE CONTRATO LA PERSONA ASEGURADA SERÁ USTED.

ASEGURADOS: PERSONA A LA QUE SE LE PAGA EL VALOR ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN, ESTOS SON:

PARA LIMPIEZA DENTAL BÁSICA: EL ASEGURADO PRINCIPAL

PARA REFERENCIA Y CONEXIÓN DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, ORIENTACIÓN DENTAL TELEFÓNICA Y ASISTENCIA DENTAL DE EMERGENCIA: EL ASEGURADO PRINCIPAL Y (04) CUATRO FAMILIARES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD, LOS CUALES SON: CASADO O UNIÓN LIBRE: HIJOS, CÓNYUGUE, PADRES. SOLTERO: PADRES, HERMANOS MENORES DE 21 AÑOS

ACCIDENTE: TODO ACONTECIMIENTO QUE PROVOQUE DAÑOS MATERIALES Y/O CORPORALES A UN TOMADOR/ASEGURADO Y/O ASEGURADO, CAUSADO ÚNICA Y DIRECTAMENTE POR UNA CAUSA EXTERNA, VIOLENTA, FORTUITA Y EVIDENTE (EXCLUYENDO LA ENFERMEDAD PREVIA Y LA PREEXISTENCIA) QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LOS SERVICIOS.

AMALGAMA: ES UNA ALEACIÓN DE METALES QUE SE UTILIZA PARA RESTAURAR LOS TEJIDOS PERDIDOS POR CARIES. ES UN MATERIAL AMPLIAMENTE PROBADO A ESCALA MUNDIAL. USUALMENTE SE CONOCE COMO "CALZA" O "PLATINO". SE UTILIZA COMÚNMENTE EN LA REPARACIÓN DE DIENTES POSTERIORES PREMOLARES Y MOLARES O "MUELAS".

EMERGENCIA: PARA EFECTOS SE CONSIDERA EMERGENCIA UNA SITUACIÓN ACCIDENTAL Y FORTUITA, QUE PONGA EN RIESGO LA SEGURIDAD DEL TOMADOR/ASEGURADO Y/O ASEGURADOS..

EVENTO: SUCESO REPORTADO POR UN TOMADOR/ASEGURADO Y/O ASEGURADOS QUE DA DERECHO A LA PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADORA DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ALUDEN EN EL PRESENTE INSTRUMENTO.

EMERGENCIA ODONTOLÓGICA: CUALQUIER OCASIÓN INESPERADA O REPENTINA QUE AMERITA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PALIATIVA URGENTE O APREMIANTE Y QUE ORIGINE PROCEDIMIENTOS O SERVICIOS AMPARADOS POR ESTE ANEXO Y QUE SEAN INDICADOS PARA TRATAR EL DOLOR, INFLAMACIÓN Y SANGRAMIENTO ORIGINADO POR LAS SIGUIENTES CAUSAS: INFECCIONES, ABSCESOS, CARIES, PULPITIS, INFLAMACIÓN O HEMORRAGIA.

ODONTALGIA: CUALQUIER EVENTO INESPERADO O REPENTINO QUE ORIGINE DOLOR DENTAL Y QUE TENGA COMO ORIGEN EL PROCESO INFECCIOSO DEFINIDO COMO CARIES.

EXAMEN CLÍNICO: EVALUACIÓN QUE SE REALIZA PARA DETERMINAR LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS (ENFERMEDADES) BUCO DENTAL PRESENTES EN UN DETERMINADO INDIVIDUO. USUALMENTE SE APOYA EN EL ESTUDIO DE LOS MODELOS, PARA LO CUAL SE TOMA UNA IMPRESIÓN A LAS ARCADAS DENTARIAS DEL PACIENTE (REBORDES MAXILARES) Y EN UN ESTUDIO RADIOGRÁFICO, PARA DETECTAR ENFERMEDAD NO VISIBLE AL OJO CLÍNICO (VISTA COMÚN), SIEMPRE CONDUCE AL DIAGNÓSTICO, QUE NO ES MÁS QUE LA CLASIFICACIÓN DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES BUCO DENTAL.

PERIODO DE CARENCIA: ES EL TIEMPO DURANTE EL CUAL, NO TIENEN COBERTURA LOS HECHOS Y/O AMPAROS ESPECIFICADOS EN ANEXO CORRESPONDIENTE.

PROFILAXIS: ES LA REMOCIÓN MECÁNICA DE LA PLACA BACTERIANA O DENTAL, QUE ES UNA PELÍCULA TRANSPARENTE FORMADA POR MICROORGANISMOS QUE SE ADHIEREN A LA SUPERFICIE DENTAL. ESTA PELÍCULA ES UN AGENTE FUNDAMENTAL EN LA FORMACIÓN DE LA CARIES. AL ELIMINARLA SE PREVIENE EL DESARROLLO DE LA MISMA. LA PLACA BACTERIANA PUEDE SER REMOVIDA DIARIAMENTE A TRAVÉS DEL CEPILLADO, SIN EMBARGO, EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA SE PROCEDE A ELIMINARLA PARA GARANTIZAR AL PACIENTE QUE LA SUPERFICIE DE SUS DIENTES HA QUEDADO LIBRE DE LA MISMA. EN TÉRMINOS COLOQUIALES ESTE PROCEDIMIENTO SE CONOCE COMO "PULIDO DENTAL". TAMBIÉN ES CONOCIDA EN TÉRMINOS ODONTOLÓGICOS COMO HIGIENE BUCAL. NO DEBE CONFUNDIRSE CON EL BLANQUEAMIENTO DE LOS DIENTES, EL CUAL ES UN PROCEDIMIENTO ESTÉTICO NO CUBIERTO POR LA PÓLIZA.

RESINA FOTOCURADA: LA RESINA ES UN MATERIAL UTILIZADO EN EL SECTOR ANTERIOR DE LA CAVIDAD BUCAL EN DIENTES ANTERIORES PARA RESTAURAR LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA CARIES O POR TRAUMATISMOS. SUS PROPIEDADES ESTÉTICAS, ASÍ COMO DE RESISTENCIA A LAS DIFERENTES FUERZAS MASTICATORIAS, LE CONVIERTE EN UN MATERIAL IDEAL PARA RESTAURAR EL SECTOR ANTERIOR. SE DENOMINA FOTOCURADA, PORQUE SU ENDURECIMIENTO SE PRODUCE POR LA APLICACIÓN DE LUZ ULTRAVIOLETA. ES CONOCIDA EN TÉRMINOS COLOQUIALES COMO "PORCELANA".

TARTRECTOMÍA: ES UN TÉRMINO QUE SE UTILIZA PARA REFERIRSE A LA ELIMINACIÓN DEL TÁRTARO O CÁLCULO DENTAL. ES LO QUE COMÚNMENTE SE CONOCE COMO LIMPIEZA. PUEDE SER SIMPLE O COMPLEJA DEPENDIENDO DE LA CANTIDAD DE CÁLCULO ACUMULADO EN LA BOCA DEL PACIENTE Y DE SU UBICACIÓN SUPRAGINGIVAL O SUBGINGIVAL (POR ENCIMA O POR DEBAJO DE LA ENCIÓN).

VIDRIO IONOMÉRICO O IONÓMERO: ES UN MATERIAL RESTAURADOR QUE SE UTILIZA FRECUENTEMENTE PARA TRATAR LESIONES EN EL CUELLO DE LOS DIENTES PRODUCIDAS POR LA MIGRACIÓN DE LA ENCIÓN A ESE NIVEL LO QUE PRODUCE SENSIBILIDAD. TIENE PROPIEDADES ESTÉTICAS QUE LE CONFIEREN UNA GRAN ACEPTACIÓN DESDE ESTE PUNTO DE VISTA. A SU VEZ POR SU COMPOSICIÓN QUÍMICA ES CAPAZ DE PRODUCIR UN MECANISMO DE ADHESIÓN AL DIENTE SUMAMENTE ESTABLE Y LIBERAR FLÚOR, LO QUE A SU VEZ LE PROPORCIONA CUALIDADES PREVENTIVAS PARA EVITAR LA CARIES. TAMBIÉN SE UTILIZA PARA REGULARIZAR EL PISO DE CAVIDADES EN LOS DIENTES QUE VAN A SER RESTAURADOS CON AMALGAMA O RESINA FOTOCURADA, PROCURANDO UNA MEJOR DISTRIBUCIÓN DE LAS FUERZAS MASTICATORIAS.

CLÁUSULA QUINTA: OBLIGACIONES DEL TOMADOR/ASEGURADO Y/O ASEGURADOS.

EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR ESTARÁN OBLIGADOS EN TODOS LOS CASOS Y PARA TODOS LOS SERVICIOS QUE LE SERÁN BRINDADOS A:

- A) OBTENER LA AUTORIZACIÓN EXPRESA **SEGUROS ALFA S.A. Y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** DEL SERVICIO, A TRAVÉS DE LA LÍNEA DE ATENCIÓN 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL DISPUESTA PARA LA COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA, ANTES DE COMPROMETER CUALQUIER TIPO DE SERVICIO POR INICIATIVA PROPIA.
- B) EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DEBERÁN SIEMPRE ACEPTAR LAS RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES INDICADAS POR LOS ASESORES DISPUESTOS EN LA LÍNEA DE ATENCIÓN 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL, FRENTE A LOS SERVICIOS SOLICITADOS.
- C) IDENTIFICARSE COMO ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR ANTE LOS ASESORES DISPUESTOS EN LA LÍNEA DE ATENCIÓN 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL O ANTE LAS PERSONAS QUE ESTA ÚLTIMA COMPAÑÍA CONTRATE CON EL PROPÓSITO DE PRESTAR LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.
- D) QUEDA IMPLÍCITO QUE AL MOMENTO DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE LA "ASISTENCIA ODONTOLÓGICA", EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR AUTORIZARÁN LA CLÍNICA A ENTREGAR TODA DOCUMENTACIÓN (HISTORIA CLÍNICA) QUE SE REQUIERA.

CLÁUSULA SEXTA. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENCIA:

EN CASO QUE EL TOMADOR/ASEGURADO Y/O ASEGURADOS REQUIERA DE LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

- A) EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR QUE REQUIERAN DEL SERVICIO SE DEBERÁN COMUNICAR CON LAS LÍNEAS 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL, CON EL FIN DE SOLICITAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA.
- B) EL ASEGURADO O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR PROCEDERÁN A SUMINISTRARLE AL FUNCIONARIO DE LA LÍNEA DE ASISTENCIA, TODOS LOS DATOS NECESARIOS PARA IDENTIFICARLO COMO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR, ASÍ COMO LOS DEMÁS DATOS QUE SEAN NECESARIOS CON EL FIN DE PODER PRESTAR EL SERVICIO SOLICITADO, TALES COMO: LA UBICACIÓN EXACTA DEL CLIENTE; NÚMERO TELEFÓNICO EN EL CUAL LOCALIZARLO; DESCRIPCIÓN POR EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DEL PROBLEMA QUE SUFRE, EL TIPO DE AYUDA QUE PRECISE, ETC.
- C) EL FUNCIONARIO DE LA LÍNEA CONFIRMARÁ SI EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA TIENE O NO DERECHO A RECIBIR LA PRESTACIÓN DE LOS MISMOS.
- D) UNA VEZ CUMPLIDOS TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS, SE AUTORIZARÁN Y PRESTARÁN AL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MEDIO DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS A LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS, DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DEL PRESENTE DOCUMENTO.

CLÁUSULA SÉPTIMO. REEMBOLSOS:

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. REEMBOLSARÁN AL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EL VALOR QUE ESTE HUBIESE PAGADO POR LA OCURRENCIA DE CUALQUIERA DE LOS EVENTOS CUBIERTOS EN EL PRESENTE CONTRATO Y HASTA POR LOS LÍMITES ALLÍ INDICADOS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN:

HABER SOLICITADO ANTES DE CONTRATAR UN SERVICIO CUBIERTO POR EL PRESENTE ANEXO, UNA AUTORIZACIÓN PREVIA, LA CUAL DEBERÁ PEDIRSE TELEFÓNICAMENTE, A CUALQUIERA DE LOS NÚMEROS INDICADOS PARA PRESTAR LA ASISTENCIA.

UNA VEZ RECIBIDA LA SOLICITUD PREVIA, SE LE DARÁ AL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR UN CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN CON EL CUAL DEBERÁ REMITIR LAS FACTURAS ORIGINALES DE LOS DESEMBOLSOS REALIZADOS, CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES (HISTORIA CLÍNICA), A LA DIRECCIÓN QUE LE SEA INFORMADA EN EL MOMENTO DE RECIBIR DICHA AUTORIZACIÓN: EN NINGÚN CASO SE REALIZARÁN REEMBOLSOS SIN QUE EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR HAYAN REMITIDO LAS FACTURAS ORIGINALES CORRESPONDIENTES Y ESTAS SIEMPRE DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY.

CLÁUSULA OCTAVA. TERMINACIÓN:

LA REVOCACIÓN O TERMINACIÓN DEL CONTRATO, IMPLICARÁ LA REVOCACIÓN O TERMINACIÓN DEL MISMO, POR LO TANTO LA COBERTURA DEL MISMO SE SUSPENDERÁ EN IGUALDAD DE TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN EL CONTRATO CELEBRADO.

ANEXO DE ASISTENCIA SALA DE URGENCIAS

ASISTENCIAS (SERVICIOS EN LAS PRINCIPALES CIUDADES DEL PAÍS)	COBERTURAS	EVENTOS POR AÑO
ASISTENCIA MÉDICA	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	MÁXIMO DE EVENTOS
SALA DE URGENCIAS POR ACCIDENTE		
Atención de urgencia Atención de médico de urgencia Valoración clínica por médico traumatólogo o especialidad requerida Procedimientos médicos menores requeridos		
EXÁMENES DE LABORATORIO:		
HEMOGRAMA COMPLETO GLUCOSA GRUPO SANGUÍNEO EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA)	\$ 2.000.000	2 EVENTOS
EXÁMENES DE IMÁGENES:		
RADIGRAFÍA SIMPLE EN ZONA DE TRAUMA: UNA (1) PLACA ECOGRAFÍA ABDOMINO - PÉLVICA: UNA (1) ECOGRAFÍA		
MEDICAMENTOS:		
ANALGÉSICOS (DOLOR) ANTI-FLAMATORIOS (INFLACIÓN) ANTIPIRÉCTOS (FIEBRE)		
MATERIAL DE USO MÉDICO NECESARIO EN LA ETAPA DE URGENCIA EQUIPO Y MATERIAL DE SUTURA		
PHONO DOCTOR - ORIENTACIÓN TELEFÓNICA MÉDICA	SIN LÍMITE	SIN LÍMITE
MÉDICO A DOMICILIO EN CASO DE ACCIDENTE CHEQUEO, REVISIÓN O DIAGNÓSTICO MEDICAMENTOS (PRIMERA DOSIS) HASTA 11 SMLDV POR EVENTO	SIN LÍMITE	2 EVENTOS
TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE O URGENCIA MÉDICA	SIN LÍMITE	2 EVENTOS

CLÁUSULA PRIMERA: COBERTURAS

1.1. SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE

EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO, SERÁ EL PROVEEDOR ASIGNADO POR **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** QUIEN CUBRA EL COSTO, DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DE ATENCIÓN DE SALA DE URGENCIAS, HASTA EL VALOR INDICADO EN LA CARÁTULA DEL CONTRATO, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, QUE HAYA SUFRIDO EL ASEGURADO Y/O LAS PERSONAS QUE INTEGRAN EL GRUPO FAMILIAR, EN LAS PÓLIZAS EXPEDIDAS POR **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

LA ASISTENCIA DE ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETO DEL CONTRATO ESTARÁ SUJETA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- EL ASEGURADO Y/O SU GRUPO FAMILIAR DEBERÁN COMUNICARSE A LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL PARA SOLICITAR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
- SOLO SE PAGARÁ HASTA EL MONTO MÁXIMO DOS MILLONES DE PESOS (\$ 2.000.000) POR EVENTO.
- ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NÚMERO DE DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR GRUPO ASEGURADO.
- LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR BAJO ESTE AMPARO SON: ASEGURADO Y SU GRUPO FAMILIAR QUE COMPRENDE HASTA (4) CUATRO DE SUS FAMILIARES EN PRIMER Y SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD, ASÍ:
 - CASADO(A) O UNIÓN LIBRE: CÓNYUGE HIJOS, CÓNYUGUE/COMPAÑERO PERMANENTE, PADRES
 - SOLTERO(A): PADRES HERMANOS MENORES DE 21 AÑOS.

LOS SERVICIOS DE SALA DE URGENCIAS COMPRENDEN:

- ATENCIÓN DE URGENCIA
- ATENCIÓN DE MÉDICO DE URGENCIA
- VALORACIÓN CLÍNICA POR MÉDICO TRAUMatóLOGO
- LOS SIGUIENTES EXÁMENES DE LABORATORIO:
 - HEMOGRAMA COMPLETO
 - GLUCOSA
 - GRUPO SANGUÍNEO
 - EMO (ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA)
- EXÁMENES DE IMÁGENES:
 - RADIOGRAFÍA SIMPLE EN ZONA DE TRAUMA: UNA (1) PLACA
 - ECOGRAFÍA ABDOMINO-PÉLVICA: UNA (1) ECOGRAFÍA
- MEDICAMENTOS:
 - ANALGÉSICOS (DOLOR)
 - ANTI-INFLAMATORIOS (INFLAMACIÓN)
 - ANTIPIRÉTICOS (FIEBRE)
- MATERIAL DE USO MÉDICO NECESARIO EN LA ETAPA DE URGENCIA
- EQUIPO Y MATERIAL DE SUTURA

1.2. PHONO DOCTOR 24 HORAS

A TRAVÉS DE ESTE SERVICIO DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA, EL ASEGURADO O BENEFICIARIO PODRÁ COMUNICARSE CON UN PROFESIONAL DE LA SALUD A TRAVÉS DE LA LÍNEA DE CALL CENTER, DISPUESTA POR **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.** LÍNEA EN LA CUAL SE BRINDARÁ ORIENTACIÓN MÉDICA SOBRE ALGUNA PATOLOGÍA ESPECÍFICA O PODRÁ ACLARAR DIFERENTES INQUIETUDES ASOCIADAS A TEMAS DE SALUD. ESTE SERVICIO SE BRINDARÁ LAS 24 HORAS LOS 365 DÍAS DEL AÑO.

LA ASISTENCIA SE REALIZA SIN LIMITE DE EVENTOS Y SIN LÍMITE DE COBERTURA

1.3. MEDICO A DOMICILIO EN CASO DE ACCIDENTE

EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO SE CUBRE EL COSTO, HASTA EL VALOR INDICADO EN EL CONTRATO, DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DE MEDICO A DOMICILIO DEL ASEGURADO Y/O LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR, EN CASO DE ACCIDENTE.

LA ASISTENCIA MEDICO A DOMICILIO ESTARÁ SUJETA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- EL ASEGURADO Y/O LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DEBERÁN COMUNICARSE A LAS LINEAS TELEFÓNICAS 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL PARA SOLICITAR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
- LA ASISTENCIA SOLO SE COORDINARA EN LA CIUDAD DE LA RESIDENCIA HABITUAL DEL ASEGURADO Y SU GRUPO ASEGURADO.
- SOLO SE PAGARÁ HASTA EL MONTO MÁXIMO DE DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (\$ 250.000) POR EVENTO.
- ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NUMERO DE DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR GRUPO ASEGURADO.

LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE MÉDICO A DOMICILIO EN CASO DE ACCIDENTE COMPRENDEN:

- CHEQUEO, REVISIÓN O DIAGNOSTICO DERIVADO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA.
- LOS MEDICAMENTOS QUE SE SUMINISTREN AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA (PRIMERA DOSIS), SIEMPRE QUE NO EXCEDA EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS.

1.4. TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE O URGENCIA MÉDICA:

EN VIRTUD DEL PRESENTE CONTRATO SE CUBRE EL COSTO, HASTA EL VALOR INDICADO EN EL CONTRATO, DEL SERVICIO DE TRASLADO EN AMBULANCIA TERRESTRE DEL ASEGURADO Y/O DE LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR, QUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE HAYAN SUFRIDO LESIONES O TRAUMATISMOS QUE REQUIERAN SU HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN EN UN CENTRO ASISITENCIAL.

LA ASISTENCIA TRASLADO MEDICO TERRESTRE ESTARÁ SUJETA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- EL ASEGURADO Y/O LOS INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DEBERÁN COMUNICARSE A LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL PARA SOLICITAR LA COORDINACIÓN DEL SERVICIO.
- SE CUBRIRÁ EL COSTO DEL TRASLADO EN AMBULANCIA TERRESTRE HASTA EL CENTRO HOSPITALARIO MAS CERCANO, SIEMPRE Y CUANDO EXISTA LA INFRAESTRUCTURA PRIVADA QUE LO PERMITA. EN CASO DE NO EXISTIR ESTA SE CUBRIRÁ EL COSTO DEL TRASLADO POR MEDIO DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PÚBLICOS EXISTENTES EN LA LOCALIDAD.
- SOLO SE PAGARÁ HASTA EL MONTO MÁXIMO DOS MILLONES DE PESOS (\$ 2.000.000) POR EVENTO.
- ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA A UN NUMERO DE DOS (2) EVENTOS POR AÑO POR GRUPO ASEGURADO.

CLÁUSULA SEGUNDA: EXCLUSIONES.

NO SON OBJETO DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA LOS SIGUIENTES HECHOS:

- 2.1. QUE EL SOLICITANTE NO SE IDENTIFIQUE COMO ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR.
- 2.2. QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE AL DÍA EN EL PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO CONTRATADO CON LA ASEGURADORA.
- 2.3. QUE EL SEGURO HAYA FINALIZADO SU VIGENCIA O QUE HAYA SIDO CANCELADO PREVIAMENTE POR SOLICITUD DEL ASEGURADO.
- 2.4. QUE EL ASEGURADO INCUMPLA CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES (GARANTÍAS) Y CONDICIONES DE COBERTURA INDICADAS EN ESTE CONTRATO.
- 2.5. TAMBIÉN QUEDAN EXCLUIDAS LAS SITUACIONES DE ASISTENCIA QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE: HUELGAS, GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES (SE HAYA DECLARADO GUERRA O NO), REBELIÓN, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, TERRORISMO, PRONUNCIAMIENTOS, MANIFESTACIONES, MOVIMIENTOS POPULARES, RADIOACTIVIDAD O CUALQUIER OTRA CAUSA DE FUERZA MAYOR.
- 2.6. CUALQUIER SERVICIO QUE SEA CONTRATADO DIRECTAMENTE POR EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR O A TRAVÉS DE TERCEROS, Y QUE NO HAYA SIDO COORDINADO A TRAVÉS DE LAS LÍNEAS DISPUESTAS POR **SEGUROS ALFA S.A.** Y **SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**
- 2.7. CUANDO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR NO PROPORCIONEN INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE EL ASUNTO.
- 2.8. AUTOLESIONES O PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EN ACTOS DELICTIVOS YA SEA CULPABLE O DOLOSAMENTE. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EN COMBATES, SALVO EN CASO DE DEFENSA PROPIA. LA PRÁCTICA DE DEPORTES COMO PROFESIONAL, LA PARTICIPACIÓN EN COMPETICIONES OFICIALES Y EN EXHIBICIONES. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EN CARRERAS DE CABALLOS, DE BICICLETAS, DE COCHES Y EN CUALQUIER CLASE DE CARRERAS Y EXHIBICIONES O PRUEBAS Y/O CONTIENDAS DE SEGURIDAD Y/O DE RESISTENCIA.
- 2.9. LAS IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN O DESINTEGRACIÓN NUCLEAR, DE LA RADIOACTIVIDAD O DE CUALQUIER TIPO DE ACCIDENTE CAUSADO POR COMBUSTIBLES NUCLEARES.
- 2.10. LA MALA FE, FRAUDE O ABUSO DE CONFIANZA DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR
- 2.11. HECHOS Y ACTOS DEL HOMBRE DERIVADOS DE: TERRORISMO, GUERRA, GUERRILLA, VANDALISMO, ASALTO, MOTÍN O TUMULTO, ETC.
- 2.12. HECHOS Y ACTOS DE FUERZAS ARMADAS, FUERZA O CUERPO DE SEGURIDAD.
- 2.13. LA ENERGÍA NUCLEAR RADIACTIVA.
- 2.14. LA INGESTIÓN DE DROGAS, SUSTANCIAS TÓXICAS, NARCÓTICOS O MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
- 2.15. PRÁCTICAS DEPORTIVAS EN COMPETENCIA PROFESIONAL.
- 2.16. CUANDO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR INCUMPLA CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES (GARANTÍAS) INDICADAS EN ESTE DOCUMENTO.

CLÁUSULA TERCERA: LIMITACIONES.

3.1. NÚMERO DE EVENTOS POR VIGENCIA.

- SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE: DOS (2) EVENTOS AL AÑO POR GRUPO ASEGURADO.
- PHONO DOCTOR 24 HORAS: ILIMITADO
- MÉDICO A DOMICILIO EN CASO DE ACCIDENTE: DOS (2) EVENTOS AL AÑO POR GRUPO ASEGURADO.
- TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE: DOS (2) EVENTOS AL AÑO POR GRUPO ASEGURADO.

3.2. PERIODO DE CARENCIA.

NO APLICA PERIODO DE CARENCIA.

3.3. GRUPO ASEGURADO.

CUBRE AL ASEGURADO PRINCIPAL Y HASTA CUATRO (4) INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR QUE SERÁN EN PRIMER Y SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD.

CLÁUSULA CUARTA. DEFINICIONES.

ASEGURADO: PERSONA A LA QUE SE LE PAGA EL VALOR ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN, ESTOS SON: PARA SALA DE URGENCIA POR ACCIDENTE, PHONO DOCTOR 24 HORAS, MÉDICO A DOMICILIO EN CASO DE ACCIDENTE, TRASLADO MÉDICO TERRESTRE EN CASO DE ACCIDENTE: EL ASEGURADO PRINCIPAL Y (04) CUATRO FAMILIARES EN PRIMER Y SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD, LOS CUALES SON: CASADO O UNIÓN LIBRE: HIJOS, CÓNYUGE, PADRES. SOLTERO: PADRES, HERMANOS MENORES DE 21 AÑOS

ACCIDENTE: TODO ACONTECIMIENTO REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR, QUE PROVOQUE DAÑOS CORPORALES A UN ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, CAUSADO ÚNICA Y DIRECTAMENTE POR UNA CAUSA EXTERNA, VIOLENTA, FORTUITA Y EVIDENTE (EXCLUYENDO LA ENFERMEDAD PREVIA Y LA PREEXISTENCIA) QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LOS SERVICIOS.

URGENCIA MÉDICA: SE ENTIENDE POR URGENCIA O EMERGENCIA VITAL TODA CONDICIÓN CLÍNICA QUE IMPLIQUE RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE.

EVENTO: SUCESO REPORTADO POR UN ASEGURADO QUE DA DERECHO AL PAGO O REEMBOLSO DE LA INDEMNIZACIÓN POR PARTE DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE ASISTENCIA DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE SE ALUDEN EN EL PRESENTE INSTRUMENTO Y HASTA EL MONTO MÁXIMO INDICADO EN EL CONTRATO

PERIODO DE CARENCIA: ES EL TIEMPO DURANTE EL CUAL, NO TIENEN COBERTURA LOS HECHOS Y/O AMPAROS ESPECIFICADOS EN EL CONTRATO CORRESPONDIENTE.

CLÁUSULA QUINTA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR (GARANTÍAS).

EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR ESTARÁN OBLIGADOS EN TODOS LOS CASOS Y PARA TODOS LOS SERVICIOS QUE LE SERÁN BRINDADOS A:

- A) OBTENER LA AUTORIZACIÓN EXPRESA SEGUROS ALFA S.A. Y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A DEL SERVICIO, A TRAVÉS DE LA LÍNEA DE ATENCIÓN 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL DISPUESTA PARA LA COORDINACIÓN DE LA ASISTENCIA, ANTES DE COMPROMETER CUALQUIER TIPO DE SERVICIO POR INICIATIVA PROPIA.**
- B) EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DEBERÁN SIEMPRE ACEPTAR LAS RECOMENDACIONES Y SOLUCIONES INDICADAS POR LOS ASESORES DISPUESTOS EN LA LÍNEA DE ATENCIÓN 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL, FRENTE A LOS SERVICIOS SOLICITADOS.**
- C) IDENTIFICARSE COMO ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR ANTE LOS ASESORES DISPUESTOS EN LA LÍNEA DE ATENCIÓN 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL O ANTE LAS PERSONAS QUE ESTA ÚLTIMA COMPAÑÍA CONTRATE CON EL PROPÓSITO DE PRESTAR LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.**
- D) QUEDA IMPLÍCITO QUE AL MOMENTO DE LA UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE LA "ASISTENCIA SALA DE URGENCIA", EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR AUTORIZARÁN LA CLÍNICA A ENTREGAR TODA DOCUMENTACIÓN (HISTORIA CLÍNICA) QUE SE REQUIERA.**

CLÁUSULA SEXTA. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ASISTENCIA:

EN CASO QUE EL ASEGURADO O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR REQUIERAN DE LOS SERVICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SE PROCEDERÁ DE LA SIGUIENTE FORMA:

- A) EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR QUE REQUIERAN DEL SERVICIO SE DEBERÁN COMUNICAR CON LAS LÍNEAS 5114581 EN BOGOTÁ Y 018000954581 A NIVEL NACIONAL, CON EL FIN DE SOLICITAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA.**
- B) EL ASEGURADO O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR PROCEDERÁN A SUMINISTRARLE AL FUNCIONARIO DE LA LÍNEA DE ASISTENCIA, TODOS LOS DATOS NECESARIOS PARA IDENTIFICARLO COMO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR, ASÍ COMO LOS DEMÁS DATOS QUE SEAN NECESARIOS CON EL FIN DE PODER PRESTAR EL SERVICIO SOLICITADO, TALES COMO: LA UBICACIÓN EXACTA DEL CLIENTE; NÚMERO TELEFÓNICO EN EL CUAL LOCALIZARLO; DESCRIPCIÓN POR EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DEL PROBLEMA QUE SUFRE, EL TIPO DE AYUDA QUE PRECISE, ETC.**
- C) EL FUNCIONARIO DE LA LÍNEA CONFIRMARÁ SI EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA TIENE O NO DERECHO A RECIBIR LA PRESTACIÓN DE LOS MISMOS.**
- D) UNA VEZ CUMPLIDOS TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS, SE AUTORIZARÁN Y PRESTARÁN AL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR LOS SERVICIOS SOLICITADOS POR MEDIO DE LA COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS A LA RED DE PRESTADORES MÉDICOS, DE CONFORMIDAD CON LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES DEL PRESENTE DOCUMENTO.**

CLÁUSULA SÉPTIMA. REEMBOLSOS:

SEGUROS ALFA S.A. Y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A REEMBOLSARÁN AL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR EL VALOR QUE ESTE HUBIESE PAGADO POR LA OCURRENCIA DE CUALQUIERA DE LOS EVENTOS CUBIERTOS EN EL PRESENTE CONTRATO Y HASTA POR LOS LÍMITES ALLÍ INDICADOS, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR CUMPLA CON LAS OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS INDICADOS A CONTINUACIÓN:

HABER SOLICITADO ANTES DE CONTRATAR UN SERVICIO CUBIERTO POR EL PRESENTE ANEXO, UNA AUTORIZACIÓN PREVIA, LA CUAL DEBERÁ PEDIRSE TELEFÓNICAMENTE, A CUALQUIERA DE LOS NÚMEROS INDICADOS PARA PRESTAR LA ASISTENCIA.

UNA VEZ RECIBIDA LA SOLICITUD PREVIA, SE LE DARÁ AL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR UN CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN CON EL CUAL DEBERÁ REMITIR LAS FACTURAS ORIGINALES DE LOS DESEMBOLSOS REALIZADOS, CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES (HISTORIA CLÍNICA), A LA DIRECCIÓN QUE LE SEA INFORMADA EN EL MOMENTO DE RECIBIR DICHA AUTORIZACIÓN: EN NINGÚN CASO SE REALIZARÁN REEMBOLSOS SIN QUE EL ASEGURADO Y/O INTEGRANTES DE SU GRUPO FAMILIAR HAYAN REMITIDO LAS FACTURAS ORIGINALES CORRESPONDIENTES Y ESTAS SIEMPRE DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY.

CLÁUSULA OCTAVA. TERMINACIÓN:

LA REVOCACIÓN O TERMINACIÓN DEL CONTRATO, IMPLICARÁ LA REVOCACIÓN O TERMINACIÓN DEL MISMO, POR LO TANTO LA COBERTURA DEL MISMO SE SUSPENDERÁ EN IGUALDAD DE TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN EL CONTRATO CELEBRADO.

CDF-526 V.1 MOD 31/07/2016

