

# POLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO CUOTA PROTEGIDA CREDITO DE VEHICULOS O MOTOS ASALARIADO

Señor asegurado, SEGUROS ALFA S.A. y 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. DESEMPLEO INVOLUNTARIO ASALARIADOS

**¿Qué ME cubre?** Usted recibirá el pago del valor asegurado cuando pierda su trabajo y se encuentre en alguna de las situaciones descritas a continuación:

- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término Indefinido por más de 6 meses y es despedido sin justa causa.
- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término Fijo por más de 6 meses y el contrato finaliza antes del término inicialmente establecido y no exista justa causa en la terminación.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor por más de 12 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el empleador.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios por más de 12 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el contratante.
- Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculados por más de 6 meses consecutivos con el mismo empleador, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo.

#### IMPORTANTE

- Únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 31 desde el inicio de la vigencia de este seguro.
- Para los contratos a término Indefinido, se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando éste periodo no supere ocho (8) días hábiles,
- Para los contratos término fijo, obra o labor, prestación de servicios, cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando éste periodo entre contratos no supere quince (15) días hábiles y haya sido con el mismo empleador o contratante.

#### ¿Qué NO me cubre?

- |   |   |
|---|---|
| <b>1</b> Renuncia o Despido con justa causa               | <b>2</b> Vencimiento del contrato a término fijo  |
| <b>3</b> Terminación del contrato en el periodo de prueba | <b>4</b> Contrato de trabajo fuera de Colombia  |
| <b>5</b> Suspensión del contrato de trabajo               | <b>6</b> Terminación laboral por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que haya pago alguno de bonificación o indemnización |



## 1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL ASALARIADOS

**¿Qué ME cubre?** Usted recibirá el pago de su indemnización, equivalente al número de cuotas que correspondan según el número de días de la incapacidad, si es incapacitado(a) temporalmente por Accidente y/o Enfermedad.

La indemnización se realizará a partir del día 15 de incapacidad, de acuerdo con la siguiente tabla:

DÍAS DE INCAPACIDAD CONSECUTIVOS CERTIFICADOS 15-	NUMERO DE CUOTAS A ABONAR
44	1
45-79	2
80-109	3
110-139	4
140-169	5
170 o MÁS Días Calendario	6

### IMPORTANTE

- Únicamente se cubren las incapacidades que ocurran a partir del día 31 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- La certificación de la incapacidad debe ser emitida por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada o Póliza de Salud.
- Si sufre una recaída o una nueva incapacidad superior o adicional a la primera incapacidad, dentro de los primeros noventa días de esta, se consideran cubiertas dentro del periodo de la primera .
- Se podrá indemnizar un nuevo evento cada 180 días, independientemente del evento anterior

### ¿Qué NO me cubre?

**1** Licencias de maternidad o licencias de paternidad

**2** Incapacidad generada por estrés, ansiedad, depresión, desórdenes nerviosos o enfermedad mental

## 1.3. ENFERMEDADES GRAVES

**¿Qué ME cubre?** Usted recibirá el pago de su indemnización si le es diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes siete (7) Enfermedades Graves:

### 1.2.1. Cáncer

**¿Qué ME cubre?** El primer diagnóstico de cáncer maligno independiente de su localización o etapa.

### ¿Qué NO me cubre?

**1** Cáncer de piel distinto al Melanoma

**2** Policitemia Vera, Trombocitemia esencial, condilomas planos, Displacias

### 1.2.2. Infarto Agudo del Miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón

1	Insuficiencia cardiaca, Lesión traumática al miocardio	2	Miocarditis, Pericarditis
3	Angina o angina inestable		

### 1.2.3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardiaca

1	Cateterismo cardiaco, cateterismo intraarterial, Tratamiento con rayo laser
---	---

### 1.2.4. Accidente Cerebrovascular Isquémico y/o Hemorrágico

1	Lesión Cerebral Causada isquémica o hemorrágica por Un Traumatismo O Hipoxia	2	Ataques Isquémicos Transitorios (Ait), Vasculitis
---	--	---	---

### 1.2.5. Insuficiencia Renal Crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal

### 1.2.6. Esclerosis Múltiple

1	Lupus Eritematoso Sistémico
---	-----------------------------

### 1.2.7. Trasplante de Órganos Mayores

**¿Qué me cubre?** El trasplante de un órgano vital completo que usted se realice dentro de la vigencia de la póliza de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

#### IMPORTANTE

- Únicamente se cubren diagnósticos a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Las Enfermedades Graves y/o procedimientos deben ser diagnosticados y/o certificados por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada, Póliza de Salud, lo cuál podrá ser probado con la historia clínica y soporte del diagnóstico.

## 1.4. RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE UN VEHÍCULO– GAP

**¿Qué ME cubre?** Usted recibirá el pago de la indemnización, en el caso de tener la pérdida total de su vehículo automotor.

1	El seguro del vehículo que ampare la pérdida total por daños o hurto del vehículo asegurado debe estar vigente.	2	Esta renta comprenderá unos gastos de cancelación o traspaso y levantamiento de prenda
3	Es necesario que el daño o el hurto del vehículo ocurra dentro de la vigencia del seguro	4	Se debe contar con la autorización por parte de la compañía de seguros que emite el seguro de autos.



## ¿Qué NO me cubre?

1	Perdidas parciales del vehículo.	2	Pagos ex gratia.
3	El lucro cesante o cualquier otra clase de daño o pérdida consecuencial, perjuicio adicional, directo o indirecto..	4	Vehículos sin póliza de seguro de automóviles o que hayan perdido vigencia.
5	Cuando el asegurado no cuente con el finiquito emitido por la compañía de seguro que emite la póliza de seguro de automóviles	6	Vehículos utilizados para el transporte de sustancias inflamables, tóxicas o cualquier otro tipo de explosivo.
7	El saldo insoluto de la deuda que se tiene en razón del otorgamiento del crédito para la adquisición del vehículo.	8	Cuando existan seguros similares que den cobertura en los términos de la presente póliza o pretenda cubrir cualquier diferencia entre el valor indemnizado y el valor comercial; o el valor insoluto de la deuda y el valor indemnizado o comercial del vehículo; o que pretenda cubrir el valor de deducible o franquicia.

### 1.5. MUERTE ACCIDENTAL DE LOS OCUPANTES DEL VEHICULO

**¿Qué me cubre?** En caso de muerte, los beneficiarios recibirán el pago de la indemnización en caso de muerte a consecuencia de un accidente en un automóvil.

1	Se cubrirá la muerte que ocurra a los 180 días siguientes de la ocurrencia del accidente.	2	Se cubrirá máximo 5 ocupantes.
---	---	---	--------------------------------

### 1.6. ECOSISTEMAS DE SERVICIOS

Gracias a la alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S A ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a avanzar en su carrera laboral Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros El alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado Para mayor información sobre los servicios ingrese a nuestra página web [www.protegeteconoccidente.com](http://www.protegeteconoccidente.com) o comuníquese con nuestras líneas de atención (Siempre marcando la opción 5 BOGOTÁ 1 7455408 CALI 2 4850859 MEDELLÍN 4 6040998 MANIZALES 6 8962160 CARTAGENA 5 6931426 BARRANQUILLA 5 3851254 PEREIRA 6 340240 1 y A NIVEL NACIONAL 018000941100.

## 2. EXCLUSIONES

### 2.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

- 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.
- Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro.
- 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 con otro país.
- 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 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.
- Cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.

Código Condicionado: 01/12/2021-1325-P-24-6930000018400000-0R00

Nota Técnica: 01/12/2021-1325-NT-P-24-G-P-BSDEAV-2021-9-0R00

Classification : Internal



### 3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación a usted le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá presentar adicionalmente a la Fotocopia del documento de identidad del asegurado, y la Declaración del Siniestro (la cual podrá solicitar en cualquier oficina del Banco de Occidente), los documentos mencionados a continuación u otro que usted considere pertinente

#### DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Documento en el que conste la terminación e la relación laboral o carta de despido, en la que se especifique la siguiente información:

- (i) Tipo de Contrato.
- (ii) Causal de Terminación.
- (iii) Fecha de inicio terminación del contrato.
- (iv) Soporte de indemnización o bonificación para contratos fijos indefinidos.
- (v) Para contratos de obra labor, prestación de servicios, carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento y remoción y contratos en provisionalidad, certificación de continuidad laboral mínima de 12 meses.

#### INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- Certificados que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes, emitidos por las entidades o médicos mencionados. Los certificados o exámenes informales no serán considerados.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes anterior al de la ocurrencia del siniestro.

#### ENFERMEDADES GRAVES

Historia clínica en caso de Cáncer los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.

#### RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL DE UN VEHÍCULO- GAP

- Denuncia del hecho del hurto del vehículo ante Autoridad Competente, en caso de pérdida total por hurto.
- Copia de la Licencia de Transito del Vehículo.
- Copia de la Póliza de Seguro de Automóviles del Vehículo, y certificación original expedida por la Aseguradora que otorga dicha póliza, en la cual se evidencie el pago de la indemnización y la liquidación por concepto de pérdida total del vehículo, contemplando el valor base comercial del mismo.

#### MUERTE ACCIDENTAL OCUPANTES VEHÍCULOS

Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha, la causa de la muerte y los datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste la causa de la muerte.

### 4. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

1

Complete los documentos

2

Remita la documentación por los siguientes medios

- A través del correo electrónico [siniestros@bancodeoccidente.com.co](mailto:siniestros@bancodeoccidente.com.co)
  - A través de las oficinas del Banco de Occidente.
- A través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3125104844.

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.  
Para las coberturas de Desempleo e Incapacidad Total Temporal:  
• Cuando haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será **El Banco de Occidente**. Cuando no haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será **El asegurado**.  
Para la coberturas de Enfermedades Graves y GAP: **El asegurado**.  
Muerte accidental de los ocupantes del vehículo: **Beneficiarios designados o de ley**.

---

**CÁNCER** Crecimiento celular anormal y descontrolado de células con invasión de tejidos vecinos o a distancia a través de metástasis Este crecimiento anormal afecta tanto la función como la estructura de las células.

---

**EMPLEO** Situaciones de contratación para el trabajo previstas en este documento.

---

**PRIMA** Es el precio del seguro.

---

**¿QUÉ NO ME CUBRE?** Son las exclusiones de la póliza.

---



SEGUROS ALFA S.A. y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

SEGUROS ALFA S.A. Y SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. SE COMPLACEN 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: 01/12/2021-1325-P-24-6930000018400000-0R00

Nota Técnica: 01/12/2021-1325-NT-P-24-G-P-BSDEAV-2021-9-0R00