seguros alfa

Condicionado

Mi Salud Apoyo Vital

Póliza de Salud Indemnizatoria



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas concordantes, las exclusiones serán enunciadas a continuación de los amparos otorgados por la presente póliza.

seguros alfa

1 Coberturas

Módulo No. 1
Coberturas básicas

1.1. | Enfermedades graves

¿Qué te cubre?

Recibirás el pago del valor asegurado, si te diagnostican por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes siete (7) enfermedades graves:

Cáncer:

Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno invasor, verificado por los estudios histopatológicos correspondientes. Incluye leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea, cáncer de piel metastásico y melanomas clasificados con un nivel de Clark III o mayor, o un grosor de Breslow mayor a 1.5 mm.

El diagnóstico deberá ser confirmado por un oncólogo mediante historia clínica.



Exclusiones

- No se cubrirán diagnósticos de cáncer anteriores a la contratación de la póliza que hayan recibido tratamiento, salvo aquellos casos en los que el cáncer se encuentre curado y en remisión mayor a cuatro (4) años, en cuyo evento no habrá razón para excluirlo del amparo, en concordancia con lo dispuesto en la Ley sobre Derecho al olvido oncológico en Colombia.
- Enfermedad preexistente al momento de la contratación de la cobertura de cáncer.
- Cáncer de próstata con estadio pronóstico de la AJCC < II.
- Cáncer de tiroides en estadio < T2N0M0
- Cánceres descritos como carcinoma in situ, Tis o no invasivos, displasias y todas las condiciones premalignas.
- Se cubrirá exclusivamente carcinoma mamario in situ que requiera mastectomía.

Infarto agudo **de miocardio:**

Muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco debida a una interrupción súbita del aporte sanguíneo al miocardio.

El diagnóstico debe ser establecido por un médico certificado y debe estar apoyado en los siguientes elementos

Elevación y descenso de las troponinas cardiacas a niveles considerados diagnósticos (> percentil 99) y al menos 2 de los siguientes:

- Dolor torácico o síntomas típicos de isquemia aguda.
- Cambios nuevos en el ECG compatibles con infarto o aparición de un nuevo BRIHH.
- Evidencia en estudios de imagen de nueva pérdida de miocardio o anomalías regionales en la movilidad de las paredes.

Exclusiones

- Cualquier evento que sea consecuencia directa de algún accidente o enfermedad preexistente al momento de la contratación de la cobertura de este amparo.
- Cambios en el ECG que sugieran infarto previo sin que se cumpla la definición señalada de infarto de miocardio.
- Angina de pecho.
- Elevación mínima de troponinas, sin anomalías diagnósticas en el ECG ni signos clínicos de infarto.



Insuficiencia **Renal Terminal:**

Etapa terminal de una enfermedad renal manifestada por una falla total, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesario efectuar diálisis peritoneal, hemodiálisis periódicas o un trasplante renal.



Exclusiones

- Cualquier evento que sea consecuencia directa de algún accidente o enfermedad preexistente al momento de la contratación de la cobertura del amparo de Insuficiencia Renal Terminal.
- Falla o insuficiencia renal reversible o temporal.

Accidente **Cerebrovascular:**

Diagnóstico definitivo de un evento cerebrovascular agudo causado por una disminución de flujo sanguíneo al cerebro originado por trombosis, hemorragia o embolismo de una fuente extracraneal, que evidencie todo lo siguiente:

- Inicio agudo de nuevos síntomas neurológicos típicos.
- Déficit neurológico nuevo, que resulta objetivo en el examen clínico y que persiste por al menos 60 días después de la fecha del diagnóstico.
- Diagnóstico realizado y corroborado por un especialista y confirmado por hallazgos típicos en pruebas diagnósticas de imagen (Tomografía Axial Computarizada o Resonancia Magnética).



Exclusiones

Cualquier evento que sea consecuencia directa de algún accidente o enfermedad preexistente al momento de la contratación de la cobertura de accidente cerebrovascular.

- Ataque isquémico transitorio.
- Eventos cerebrovasculares debidos a trauma o infección
- Infartos lacunares que no cumplen con la definición de accidente cerebrovascular descrita previamente.
- Hemorragia cerebral secundaria a una lesión cerebral preexistente.
- Anormalidades en estudios de imagen sin síntomas clínicos claramente relacionados o signos neurológicos.

seguros alfa



Esclerosis **Múltiple:**

Diagnóstico inequívoco de esclerosis múltiple definitiva confirmada y evidenciada por todo lo siguiente:

- Estudios diagnósticos incluyendo hallazgos típicos en una resonancia magnética, que confirmen el diagnóstico de esclerosis múltiple.
- Alteraciones de la función motora o sensitiva, o déficit neurológico múltiple que persisten por un período continuo de al menos 6 meses.



Los déficits neurológicos deben ser detectables por un especialista y pueden incluir, pero no se limitan a:

- Pérdida medible de la audición.
- Pérdida medible de la visión.
- Cambios medibles en la función neuro-cognitiva.
- Pérdida objetiva de la sensación.
- Parálisis.
- Debilidad localizada.
- Disartria (dificultad con la pronunciación y habla).
- Disfasia (dificultad con el habla).
- Disfagia (dificultad para tragar).
- Marcha deteriorada (dificultad para caminar).
- Dificultad con el equilibrio.
- Falta de coordinación o convulsiones de aparición reciente en tratamiento.
- El dolor de cabeza o la fatiga no se considerarán un déficit neurológico.



Exclusiones

- Cualquier evento que sea consecuencia directa de algún accidente o enfermedad preexistente al momento de la contratación de la cobertura de esclerosis múltiple.
- Esclerosis aislada.
- Síndrome clínico aislado.
- Síndrome radiológico aislado.
- Diagnóstico probable o no confirmado de esclerosis múltiple.
- Otras causas de daño neurológico como lupus sistémico o VIH son excluidas.

Trasplante de **órganos Vitales:**

Se cubre únicamente al asegurado como receptor del trasplante efectivamente realizado de cualquiera de los órganos mencionados a continuación:

- Corazón
- Hígado
- Páncreas
- Pulmón
- Riñon
- Médula ósea humana utilizando células hematopoyéticas progenitoras precedido por ablación total de médula ósea (Mieloablación).



El trasplante debe ser médicamente necesario con base en la confirmación objetiva de la falla total e irreversible de la función del órgano

Exclusiones

- Cualquier evento que sea consecuencia directa de algún accidente o enfermedad preexistente al momento de la contratación de la cobertura del amparo de Trasplante de Órganos Vitales.
- Trasplante parcial o total de cualquier otro órgano, tejidos o células.
- Donante del órgano.

Cirugía de Revascularización Coronaria **(Bypass Coronario):**

Procedimiento que se lleva a cabo para corregir o tratar estenosis o bloqueos en una o más arterias coronarias mediante injertos arteriales y/o venosos. Es necesario que exista demostración angiográfica de obstrucción coronaria significativa y el procedimiento quirúrgico debe ser considerado como medicamente necesario por un cardiólogo.

Exclusiones

- Cualquier evento que sea consecuencia directa de algún accidente o enfermedad preexistente al momento de la contratación de la cobertura del amparo de Cirugía de Revascularización Coronaria.
- Cualquier procedimiento intra-arterial con base en catéteres.
- Otras cirugías cardiacas que no sean específicamente para colocación de Bypass coronario.

Periodo de carencia:

Todas las coberturas de este módulo operan con la aplicación de un Periodo de Carencia de 60 (sesenta) días contados a partir de la fecha del inicio de vigencia estipulada en la póliza.



Importante:

La cobertura de Enfermedades Graves operará de la siguiente forma:

- Esta cobertura otorga un pago único por el primer diagnóstico confirmado de cualquiera de las Enfermedades Graves cubiertas.
- La cobertura se activa al primer diagnóstico inequívoco emitido por un médico especialista.
- La cobertura finaliza cuando se haya pagado el 100% del valor asegurado contratado en alguna de las enfermedades, o si la póliza es cancelada.

1.2 Cáncer In-Situ

¿Qué es Cáncer In-Situ?

Estadio temprano del cáncer en el cual las células anormales o tumorales están aún confinadas al sitio donde se han originado y no se han extendido a los tejidos vecinos o a otros órganos del cuerpo.

¿Qué te cubre?

Ampara únicamente el primer diagnóstico de cáncer in-situ siempre y cuando este sea localizado en mama, próstata, o útero (matriz). La cobertura contempla un solo pago por asegurado, aplicable exclusivamente en una de las vigencias anuales de la póliza. La definición incluye la displasia cervical severa de la clasificación de la OMS, la neoplasia intraepitelial cervical III (NIC III) de la clasificación de Richart o las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (H-LIE) de la clasificación de Bethesda.

Periodo de carencia:

La cobertura entrará en vigor a partir de 60 (sesenta) días naturales contados desde la fecha de inicio de vigencia estipulada en la póliza.

Exclusiones

- Cualquier evento que sea consecuencia directa de algún accidente o enfermedad preexistente al momento de la contratación de la cobertura.
- Neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) de grado menor a III según la clasificación de Richart.
- Displasias leves y moderadas según la clasificación de la OMS.
- Lesiones cervicales de bajo grado según la clasificación de Bethesda.
- El carcinoma in situ de células escamosas que puede presentarse en piel, ano, útero, pulmones, vagina, etc.
- Lesiones premalignas.
- Cualquier evento o lesión que afectó un órgano diferente a mama, próstata o útero (matriz).

1.3 Bono para medicamentos por enfermedad grave cubierta diagnosticada



¿Qué te cubre?

Recibirás un pago único correspondiente a la suma asegurada contratada como apoyo para la compra de medicamentos, si durante la vigencia anual de la póliza recibes por primera vez un diagnóstico definitivo de una enfermedad grave cubierta y dicha enfermedad no ha sido previamente reclamada.

Periodo de carencia:

La cobertura entrará en vigor a partir de 60 (sesenta) días naturales contados desde la fecha de inicio de vigencia estipulada en la póliza.

Exclusiones

- Enfermedades preexistentes.
- Accidentes de cualquier tipo.
- Gastos relacionados con alcoholismo o toxicomanías.
- Enfermedades que no cuenten con un diagnóstico definitivo o los estudios que lo confirmen.

Módulo No. 2

Acompañamiento **Hospitalario**



2.1 Cirugía hospitalaria

¿Qué te cubre?

Recibirás el pago del valor asegurado cuando te realicen cualquier cirugía no ambulatoria cuya hospitalización sea superior a veinticuatro (24) horas.

¿Cuántos eventos por año de vigencia se pueden indemnizar?

- Un (1) evento por vigencia anual.

¿Desde cuándo puedes reclamar esta cobertura?

- Se cubren eventos que ocurran a partir de la fecha de inicio de la vigencia del seguro.

Exclusiones

- Enfermedades preexistentes.
- Cirugías ambulatorias.
- Cirugías estéticas.
- Cesárea programada.
- Cirugía por enfermedades preexistentes.

2.2 Renta por **hospitalización**



¿Qué te cubre?

Recibirás una renta diaria por hospitalización, cuya hospitalización sea mayor a veinticuatro (24) horas y hasta por treinta (30) días, si eres internado en una clínica u hospital por accidente o enfermedad no preexistente a la fecha de inicio del seguro.

¿Desde cuándo puedes reclamar esta **cobertura?**

Se cubren eventos que ocurran a partir de la fecha de inicio de la vigencia del seguro. En todo caso el total de días de hospitalización no será en ningún caso superior a treinta (30) días en uno o varios eventos.



Exclusiones

- Enfermedades preexistentes.
- Cirugías ambulatorias.
- Cirugías estéticas.
- Cesárea programada.
- Cirugía por enfermedades preexistentes.

2.3 Renta por hospitalización

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

¿Qué te cubre?

Recibirás una renta diaria por hospitalización, cuya hospitalización sea mayor a veinticuatro (24) horas y hasta por treinta (30) días, si eres internado en una unidad de cuidados intensivos de cualquier clínica u hospital por accidente o enfermedad no preexistente a la fecha de inicio del seguro.

¿Cuántos eventos por año de vigencia se pueden indemnizar?

Se cubren eventos que ocurran a partir de la fecha de inicio de la vigencia del seguro. En todo caso el total de días de hospitalización no será en ningún caso superior a treinta (30) días en uno o varios eventos.

¿Desde cuándo puedes **reclamar esta cobertura?**

Se cubren eventos que ocurran a partir de la fecha de inicio de la vigencia del seguro.

Exclusiones

- Enfermedades preexistentes.
- Cirugías ambulatorias.
- Cirugías estéticas.
- Cesárea programada.
- Cirugía por enfermedades preexistentes.



2.4 Auxilio para **enfermera**

¿Qué te cubre?

Esta cobertura consiste en un pago único por asegurado, válido únicamente durante una de las vigencias anuales de la póliza, siempre y cuando los servicios de enfermería sean médicamente necesarios y justificados por el médico tratante y hasta un periodo máximo de tres (3) días continuos o discontinuos en la vigencia, con sesiones mínimas de 8 horas, a causa de un accidente o enfermedad que médicamente genere una incapacidad mayor a veinticuatro (24) horas.

Periodo de carencia:

La cobertura entrará en vigor a partir de 60 (sesenta) días naturales contados desde la fecha de inicio de vigencia estipulada en la póliza.

Exclusiones

- Enfermedad preexistente.
- Servicios prestados por personas no legalmente autorizadas para ejercer la profesión de enfermería.
- Servicio de enfermería que no sea médicamente necesario.

Módulo No. 3

3.1. Traumatismo **Craneoencefálico**

¿Qué te cubre?

Recibirás un pago único con reinstalación del capital asegurado a la renovación de la póliza, si sufres una lesión encefálica accidental que resulte en un déficit neurológico permanente con al menos un síntoma clínico persistente, que pueda ser evidenciado al menos tres (3) meses después de la fecha del accidente. El diagnóstico de la lesión cerebral debe estar sustentado en una resonancia magnética, una TAC u otras técnicas de imagen. La lesión cerebral debe ser causada exclusiva y directamente por una causa externa, súbita, fortuita y violenta.
Los síntomas cubiertos deben ser de naturaleza permanente e incluyen alteraciones de la sensibilidad, hiperestesia (sensibilidad aumentada), parálisis, debilidad localizada, disartria (dificultad para hablar), disfagia (dificultad para deglutir), alteraciones visuales, dificultad para caminar, pérdida de coordinación, temblor, convulsiones, demencia, delirio y coma.

¿Cuántos eventos por año de **vigencia se pueden indemnizar?**

vigencia anual de la póliza y consiste en un pago único, con reinstalación del capital asegurado al aniversario de la póliza.
(un solo evento a la vigencia)



Exclusiones

- Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia o accidente preexistente.
- Cuando el asegurado se encuentre en ejercicio de funciones de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.
- Cuando el asegurado se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del accidente, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un médico.
- Cuando el asegurado se encuentre en cualquier tipo de aeronave, salvo que viaje como pasajero en una aerolínea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- Lesiones que se provoque deliberadamente el propio asegurado.
- Lesiones por la participación del asegurado en guerras, rebeliones, revoluciones o insurrecciones.
- Lesiones sufridas en riña, siempre y cuando el asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en los que haya participado directamente el asegurado.
- Lesiones sufridas mientras el asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, charrería, pesca, caza, esquí (nieve y acuático), alpinismo, buceo, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier clase de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar profesionales.

3.2. Fractura **de Huesos**

Recibirás un pago único con reinstalación del capital asegurado a la renovación de la póliza, si sufres una lesión traumática de un hueso ocasionada por la acción de una fuerza externa a consecuencia de un accidente, caracterizada por una interrupción de la continuidad del tejido óseo.

Debe ser diagnosticada por un médico con cédula profesional y demostrada mediante estudios de imagen.

Periodo de carencia:

Esta cobertura está limitada a un evento por vigencia anual.



Fracturas cubiertas:

- **Cuello:** S120- S122, S127
- **Cadera, pelvis:** S321-S325, S327
- **Cráneo:** S020, S021, S023, S027, S028
- **Fémur, tarso, húmero:** S422-S424, S427, S720-S724, S727, S728, S920-S922
- **Tobillo, tibia o peroné, codo, escápula:** S421, S520, S521, S821-S826
- **Maxilar inferior, clavícula:** S026, S420
- **Cúbito, radio, muñeca:** S522-S526, S620, S621
- **Vértebras:** M484, S220, S221, S320
- **Esternón, rotula, hueso malar:** S024, S222, S228, S820
- **Mano (excluyendo dedos):** S622-S624, S923
- **Pie (excluyendo dedos):** S622-S624, S923.

Exclusiones

- Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia o accidente preexistente.
- Se excluyen las fisuras óseas, entendiéndose por estas las grietas en el hueso o fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea de fractura, que no circunscribe ningún fragmento óseo.
- Fracturas producidas como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.
- Fracturas patológicas y congénitas, entendidas como aquellas en que se rompe un hueso que ha perdido su resistencia normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo).
- Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.
- Fracturas que sean efecto directo o indirecto, total o parcial, de las **siguientes situaciones:**

seguros alfa

Accidentes originados por participar en:

- Servicio militar, actos de guerra, actos terroristas, rebelión, motín, insurrección o tumulto popular, cuando el asegurado participe como elemento activo.
- Riña provocada por el asegurado.
- Navegación aérea no realizada en líneas de transporte comercial aéreo o práctica y/o entrenamiento de depor tes de alto riesgo o práctica profesional de cualquier deporte.
- Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- Lesiones auto infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
- Intentos de suicidio, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- Lesiones sufridas cuando el asegurado se encuentre bajo el efecto del alcohol, en cualquier grado que tenga al momento del accidente, drogas ener vantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un médico.
- Lesiones sufridas a consecuencia de síncope, convulsiones, lipotimias, parálisis o alguna otra enfermedad, aun cuando ésta estuviera amparada dentro de las coberturas de la póliza.
- Fracturas de dedos en caso de mano o pie.

- **Queda excluida la participación/práctica en deportes riesgosos tales como:** inmersión submarina, aladelta, parapente, canotaje, rafting, parkour, paracaidismo, skyboarding, cacería con armas de fuego, espeleología, boxeo, artes marciales, barranquismo, kayak extremo, ski acuático, ski en nieve, alpinismo, trekking, puenting, tirolesa, rooftopping.
- También quedan excluidos la participación en entrenamientos o competencias, como profesional o aficionado, como conductor o acompañante en deporte de velocidad, carreras de automóviles, lanchas, motocicletas, motocross y carreras de caballo.



Código Nota Técnica 01/07/2026-1417-NT-P-35-MI_SALUD_APOYO_V-D00I

Código Clausulado 01/07/2026-1417-P-35-MI_SALUD_APOYO_V-D00I

3.3. **Incapacidad total** y permanente por accidente



¿Qué te cubre?

Recibirás el pago de la suma asegurada, en caso de que sufras una incapacidad total permanente superior o igual al cincuenta por ciento (50%) de tu capacidad laboral, como consecuencia de un accidente o lesión, siempre y cuando dicha incapacidad se haya estructurado en la vigencia del seguro.

Importante:

Para todos los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente por accidente la invalidez igual o superior al cincuenta por ciento (50%) sufrida por el asegurado, cuya fecha de estructuración este dentro de la vigencia del seguro, originada en lesiones físicas orgánicas o alteraciones funcionales no preexistentes y no causadas intencionalmente por éste, que se encuentra debidamente calificada por cualquiera de las Juntas de Calificación de Invalidez de las que trata la Ley 100 de 1993, establecidas legalmente en el territorio nacional. Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente por accidente, se considerará también como tal en los siguientes eventos:



- La amputación total de dos o más miembros (brazos, piernas, manos o pies).
- La pérdida total e irreparable de la vista por ambos ojos.
- La amputación total de un miembro y la pérdida irreparable de la vista por un ojo.
- La pérdida total e irreparable de la audición o del habla.
- La demencia incurable, previa declaración judicial; sin que en ningún sea preexistente.

seguros alfa

Exclusiones

- Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia o accidente preexistente.
- Cuando el asegurado se encuentre en ejercicio de funciones de tipo militar, policial, de seguridad o vigilancia pública o privada.
- Cuando el asegurado se encuentre bajo el efecto del alcohol, drogas enervantes o alucinógenas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un médico.
- Cuando el asegurado se encuentre en cualquier tipo de aeronave, salvo que viaje como pasajero en una aerolínea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- Lesiones o enfermedades que se provoque deliberadamente el propio asegurado.
- Lesiones o enfermedades por la participación del asegurado en guerras, rebeliones, revoluciones o insurrecciones.
- Envenenamiento de cualquier naturaleza e inhalación de gases de cualquier clase, excepto cuando se derive de un accidente.
- Lesiones sufridas en riña, siempre y cuando el asegurado haya sido el provocador, o actos delictivos intencionales en los que haya participado directamente el asegurado.
- Lesiones sufridas mientras el asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- La participación en toda clase de eventos o actividades relacionadas con paracaidismo, motociclismo, motonáutica, charrería, pesca, caza, esquí (nieve y acuático), alpinismo, buceo, tauromaquia, así como el uso de vehículos de montaña, cualquier clase de deporte aéreo, acuático o cualquier otra actividad similar profesionales.

2

Edades máximas de ingreso y permanencia

- **Edad mínima de ingreso:** 18 años.
- **Edad máxima de ingreso:** 70 años y 364 días con cancelación automática a los 76 años cumplidos.

Nota:

En caso de que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, la cobertura no finalizará en ese momento, sino que se mantendrá en vigor hasta terminar la vigencia en curso.

2

Asistencias médicas

De forma adicional a las coberturas por módulos otorgadas mediante la presente póliza, Seguros de Vida Alfa S.A., pone a su disposición servicios médicos, los cuales se prestarán por terceros.

- Para efectos de conocer los alcances de servicios, **te invitamos a leer el anexo de asistencias.**
- Para hacer uso de los servicios podrá **comunicarse con las líneas de atención al cliente.**

3

Requisitos para el pago de la indemnización

Para realizar la reclamación, al asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro. Para tal efecto se sugiere radicar los siguientes documentos.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad de Seguros de Vida Alfa S.A. para exigir cualquier prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación, y de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por la ley.

4

Documentos para la reclamación

Para realizar la reclamación corresponde al asegurado y/o beneficiario, demostrar la ocurrencia del siniestro conforme a lo previsto por el Artículo 1077 del Código de Comercio. Sin perjuicio de la libertad probatoria prevista en la ley, se podrán presentar los documentos mencionados a continuación, así como cualquier otro que se considere pertinente.



Módulo No.1

Enfermedades **Graves:**

Cáncer

- Historia Clínica.
- Estudio histopatológico que confirme la presencia del cáncer.
- Informe del oncólogo que especifique fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, estadio del tumor, tratamiento, resultados de los estudios practicados del cáncer.
- Resultados de los estudios de estadificación (radiografías, tomografías, etc.).

Infarto Agudo al Miocardio

- Informe pormenorizado del médico tratante que especifique detalles de la evolución clínica.
- Exámenes de laboratorio que demuestren la elevación de troponinas.
- Electrocardiogramas obtenidos durante el evento agudo que muestren cambios compatibles con el infarto.
- Estudios practicados para la evaluación del infarto (ecocardiograma, estudios de medicina nuclear, etc.).

Insuficiencia Renal Terminal

- Certificación de la necesidad de diálisis periódica por parte del nefrólogo o del médico tratante.
- Informe clínico pormenorizado que incluya causa de la insuficiencia renal.
- Estudios de laboratorio compatibles con insuficiencia renal crónica irreversible (determinación del filtrado, química sanguínea, ultrasonido, biopsias, etc.).

Accidente Cerebrovascular

- Informe del médico especialista que especifique evolución clínica, duración del episodio, tipo y causa del accidente cerebrovascular.
- TAC o RM compatibles con accidente cerebrovascular agudo.

Esclerosis Múltiple

- Informe clínico pormenorizado del especialista sobre la condición.
- Resultados de los estudios diagnósticos practicados (RM, examen del líquido cerebroespinal, potenciales evocados, etc.).

seguros alfa

Trasplante de Órganos Vitales

- Informe médico pormenorizado sobre el trasplante.
- Estudios confirmatorios de laboratorio y/o gabinete que proporcionen confirmación objetiva del deterioro crónico e irreversible de la función del órgano reemplazado.

Cirugía de Revascularización Coronaria (Bypass Coronario)

- Informe del procedimiento quirúrgico.
- Informe de la angiografía coronaria previa a la cirugía.

Cáncer In-Situ

- Estudio histopatológico que confirme la presencia del cáncer in situ.
- Informe del oncólogo que especifique fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, estadio del tumor, tratamiento, resultados de los estudios practicados del cáncer in situ.
- Resultados de los estudios de estadificación (radiografías, tomografías, etc.).

Bono para medicamentos por enfermedad grave cubierta diagnosticada

- Informe del médico tratante que indique diagnóstico, fecha de Inicio y tratamiento.
- Estudios que confirmen el diagnóstico.

Módulo No.2

Cirugía hospitalaria, renta diaria por hospitalización y renta diaria por hospitalización UCI

Original o copia de la historia clínica, autorización médica y/o epicrisis en la que se refleje la fecha de ingreso y egreso de la hospitalización, así como de realización del respectivo procedimiento médico de ser el caso.



Rotura de huesos

Certificados y exámenes médicos originales del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la fractura, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional.

Incapacidad total y permanente

- Dictamen de invalidez emitido por parte de los profesionales de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL), Entidad Promotora de Salud (EPS), por la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual te encuentras afiliado, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez o por médico habilitado legalmente para ello (especialista en medicina laboral o salud ocupacional) en el que conste la causa de la invalidez, porcentaje de pérdida de capacidad, así como la historia clínica.
- Para los casos donde el asegurado de manera voluntaria adelantó el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral ante las Juntas de Calificación, dicho dictamen será sometido a evaluación por parte de Seguros de Vida Alfa para efectos de confirmar la ponderación del porcentaje de calificación otorgado.

Módulo No.3

Traumatismo Craneoencefálico

Informe del médico especialista que especifique la severidad y el mecanismo del Traumatismo Craneoencefálico sufrido en el accidente reclamado, así como fecha del accidente, resultados de los estudios de imagen practicados, evolución, estado actual y tratamiento recibido.

- El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del médico, cédula profesional vigente y firma.
- El diagnóstico de lesión cerebral debe estar sustentado en una RM, una TAC u otras técnicas de imagen.

Fractura de huesos

- Informe médico del especialista que especifique la(s) fractura(s) originadas por el accidente reclamado, así como fecha del accidente, resultados de los estudios de imagen, y tratamiento recibido.
- El informe médico deberá contener por lo menos nombre completo del médico, cédula profesional vigente y firma.
- Resultado e interpretación de los estudios de imagen realizados que soporten el diagnóstico de fractura(s).

Incapacidad total y permanente por accidente

- El asegurado deberá acreditar la ocurrencia de la incapacidad total y permanente por accidente, mediante el dictamen de pérdida de capacidad laboral, emitido por la Junta de Calificación de Invalidez o alguna de las entidades que de conformidad con el Sistema de Seguridad Social reglamentado por la Ley 100 de 1993.

- Copia integral de la historia clínica que incluya los estudios y exámenes practicados que avalen el estado de invalidez total y permanente.

- En caso de que el médico especialista en la materia de la compañía determine la improcedencia del dictamen de invalidez total y permanente, presentado por el asegurado, el asegurado será evaluado por el médico especialista en la materia certificado por el consejo de la especialidad de medicina del trabajo que el asegurado elija dentro de los especialistas en la materia previamente designados por la compañía para estos efectos. en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro.

Importante:

- Seguros de Vida Alfa podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

6

Pago de la indemnización

Seguros de Vida Alfa S.A. estará obligada al pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente su derecho ante el asegurador de acuerdo con el Artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, Seguros de Vida Alfa reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que se efectúe el pago, en los términos del Artículo 1080 del Código de Comercio.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causada por la mora del asegurador.



seguros alfa

7

Pérdida del derecho a la indemnización

El derecho del asegurado a la indemnización se perderá en los siguientes casos:

- Si se presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en pruebas falsas.
- Si al dar la noticia del siniestro se omite maliciosamente informar acerca de los seguros coexistentes.
- Cuando el asegurado renuncie a sus derechos contra los responsables del siniestro.

8

Pasos para la reclamación

1. Completa los documentos.
2. Remite la documentación por cualquiera de los siguientes medios:
3. Buzón Atención al Cliente: sigueseguro@segurosalfa.com.co
4. A través de las líneas de atención.



Nota:

Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación del siniestro, la definición de la reclamación se hará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, su derecho ante Seguros de Vida Alfa, esto es, la ocurrencia y la cuantía del siniestro. Si da lugar al pago, Seguros de Vida Alfa estará obligada a efectuar el pago de la reclamación dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario lo acredite.

9

Vigencia y renovación automática

La vigencia será la indicada expresamente en la carátula de la póliza, certificado individual de seguro y/o las condiciones particulares. La presente póliza tendrá una vigencia anual de renovación automática por un término igual al inicialmente pactado donde su valor de prima se incrementará de acuerdo con la edad alcanzada por cada asegurado y hasta cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia.
En cualquier momento y antes de su vencimiento el tomador y/o asegurado podrá manifestar su deseo de no renovarla.

10

Afiliación al sistema general de Seguridad Social en Salud - Régimen Contributivo

En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 2.2.4.4. del Decreto 2353 de 2015 y demás normas que lo modifiquen, aclaren o adicionen; para efectos de la suscripción de la póliza de salud, la compañía verificará que el tomador o asegurado principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud.

Para ello, el tomador o asegurado principal se obliga a informar a Seguros de Vida Alfa S.A. al momento de diligenciar la solicitud de seguro, el nombre de la Entidad Promotora de Salud (EPS) en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar y a sustentar ésta, mediante la presentación de prueba fehaciente de su vinculación a una EPS o que se encuentra en alguno de los regímenes de excepción.

Si el tomador o asegurado principal, se encuentra dentro de los regímenes de excepción contemplados en el Artículo 279 de la ley 100 de 1993, deberá declararlo a Seguros de Vida Alfa S.A. en la solicitud de seguro, indicando el régimen al cual pertenece.

11

Valor asegurado individual

La suma asegurada es la indicada en el certificado individual de la póliza para cada uno de los amparos, de acuerdo con el módulo escogido por el asegurado.

12

Valor y ajuste de la prima

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el certificado individual de seguro. Seguros de Vida Alfa incrementará el valor de la prima de acuerdo con la edad alcanzada por cada asegurado, para el año inmediatamente anterior, salvo que el asegurado manifieste su intención de darlo por terminado.



13

Pago de la prima y plazo de gracia

El pago de la prima es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurre algún siniestro, Seguros de Vida Alfa S.A. tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva. Si las cuotas de prima posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y Seguros de Vida Alfa quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

En caso de renovación del contrato de seguro, se concede para el pago de la primera cuota de prima, un plazo de gracia de un (1) mes a partir de la iniciación de la vigencia de la renovación del seguro, durante el cual se considera el seguro en vigor.



14

Mora en el pago de la prima

Salvo lo previsto en el Artículo 1152 del Código de Comercio, el no pago de las primas dentro del plazo establecido producirá la terminación automática del contrato de seguro desde la fecha de vencimiento, sin que sea necesaria comunicación adicional por parte de Seguros de Vida Alfa. En consecuencia, Seguros de Vida Alfa quedará liberada de toda obligación respecto de siniestros ocurridos con posterioridad a dicha fecha.

15

Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia

El tomador o el asegurado, según el caso, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario de Seguros de Vida Alfa S.A. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el asegurado ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del asegurado, el contrato no será nulo, pero Seguros de Vida Alfa solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Las sanciones aquí consagradas no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

16

Inexactitud en la declaración de edad

En caso de comprobarse inexactitud respecto de la edad del asegurado en la declaración de asegurabilidad, se procederá de conformidad con las siguientes normas:

- Si la edad verdadera estuviese fuera de los límites establecidos por el asegurador, se dará aplicación a lo establecido en el Artículo 1058 del Código de Comercio.
- Si la edad verdadera fuera mayor que la declarada, la suma asegurada individual se reducirá en la proporción necesaria, para mantener la relación matemática con la prima recibida por Seguros de Vida Alfa.
- Si la edad verdadera fuera menor que la declarada, la suma asegurada aumentará en la proporción necesaria, para mantener la relación matemática recibida por Seguros de Vida Alfa.

17

Conservación del estado de riesgos y notificación de cambios

El tomador o el asegurado, según sea el caso, tienen la obligación de mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán informar por escrito a Seguros de Vida Alfa S.A. sobre hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, así como del acontecimiento de cualquier hecho que signifique agravación del riesgo, tales como cambio de ocupación, práctica de deportes o pasatiempos que puedan agravar el estado de salud del asegurado o novedades médicas que impliquen agravación del riesgo de salud.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato, pero solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a Seguros de Vida Alfa S.A. a retener la prima no devengada.

Notificada la modificación del riesgo, Seguros de Vida Alfa S.A. podrá revocar el contrato, o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

18

Terminación del seguro individual

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

- Mora en el pago de la prima.
- Revocación unilateral, mediante noticia escrita de parte del tomador o del asegurado.
- Pago del 100% de alguna de las enfermedades graves descritas en el Módulo No. 1.
- Al vencimiento de la póliza, si ésta no se renueva.
- Para el grupo familiar o grupo asegurado, cuando el titular asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.



19

Obligaciones en materia de prevención y control
de lavado de activos y/o financiación del terrorismo

Para efectos de dar cumplimiento a lo previsto en los Artículos 102 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y a lo dispuesto en las circulares e instructivos expedidos por la Superintendencia Financiera de Colombia, el tomador y/o asegurado se compromete a diligenciar integral y simultáneamente al perfeccionamiento del contrato de seguro, el formulario de vinculación de clientes Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT) con las formalidades legales requeridas.

Si el contrato de seguro se renueva, el tomador y/o asegurado igualmente se obligará a diligenciar dicho formulario como requisito para la renovación.

Si alguno de los datos contenidos en el citado formulario sufre modificación en lo que respecto al tomador y/o asegurado, éste deberá informar tal circunstancia a Seguros de Vida Alfa, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula.

20

Notificaciones



Cualquier notificación que deba hacerse entre las partes en el desarrollo del presente contrato deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo dicho en la condición para el aviso del siniestro y será prueba suficiente de la misma la constancia de su envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada de la otra parte.

21

Domicilio

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad establecida en la carátula como lugar de expedición de la póliza.

Canales de Atención

Para obtener información de tu seguro	Bogotá y resto del país (60 -1) 742 56 95 **opción 1**
Para obtener información sobre asistencias	Bogotá y resto del país (60 -1) 742 56 95 **opción 3**
Horario de atención para consultas y solicitudes	Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Sábados de 8:00 a.m. a 12:00 m.



Comunícate con nosotros

Contáctanos
https://segurosalfa.custhelp.com/app/ask

Chat en línea
https://segurosalfa.custhelp.com/app/chat/chat_launch



Para radicación de siniestros

Buzón para radicación de siniestros:
sigueseguro@segurosalfa.com.co

Atención por WhatsApp para radicación de siniestros:
318 347 3563



Defensor del Consumidor Financiero
Defensor: José Fernando Zarta / Suplente: Luis Fernando Pinzón.
defensordelconsumidorfinanciero@segurosalfa.com.co,
defensordelconsumidorfinanciero@segurosdevidaalfa.com.co
Dirección física y de correspondencia: **calle 26# 59-15, local 6**, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. jornada continua o al teléfono **(60-1) 7 43 53 33 Ext 14451** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Para más información ingresa a la página **www.segurosalfa.com.co** sección legal y opción Consumidor financiero.

Definiciones generales

1 Tomador:

Es la persona jurídica o natural a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un número determinado de personas naturales que conforman el grupo asegurable, siendo responsable de todas las obligaciones que como tal le incumben, conforme a la ley, en especial el pago de la prima.

2 Preexistencia:

Se considerará preexistente cualquier enfermedad o accidente cuando:

- Haya sido declarada antes de la celebración del Contrato, y/o;
- En un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o;
- Haya sido diagnosticada con anterioridad a la fecha de celebración del Contrato, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Previamente a la fecha de celebración del Contrato, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la Enfermedad o Accidente de que se trate.

3 Periodo de carencia:

Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de contratación de la póliza, a fin de que cierta cobertura entre en vigor. En caso de que el siniestro tenga origen dentro del periodo de carencia, éste no será cubierto, pese a que se extienda después de este periodo. El periodo de carencia no aplicará a las renovaciones de la póliza.

4 Accidente

Acontecimiento provocado por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origina directamente lesiones corporales que requieren tratamiento médico y/o quirúrgico. Para términos de esta póliza, cualquier evento cuyo primer tratamiento médico y/o quirúrgico se realice después de los primeros quince (15) días del acontecimiento que le dio origen no será considerado como accidente.

Definiciones generales

5 **Enfermedad:**

Cualquier alteración de la salud de una persona, resultado de la acción de agente patógeno con relación al organismo que conduzca a un tratamiento médico y/o quirúrgico.

6 **Diagnóstico:**

Es toda identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas manifestados por el paciente, confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas.

7 **Beneficiario:**

Para todas las coberturas: El asegurado. Para los servicios médicos y la asistencia odontológica: El asegurado y beneficiarios asignados.

8 **Consumidor financiero:**

Es todo cliente, usuario o cliente potencial de las entidades vigiladas.

9 **Indemnización**

Es el valor máximo que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.

10 **Siniestro:**

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

11 **Valor asegurado**

Es el valor máximo que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.

12 **Vigencia del seguro**

Tiempo en que la compañía de seguros extiende la cobertura contratada por el asegurado.

seguros alfa

www.segurosalfa.com.co

