

PÓLIZA DE SEGURO DE DESEMPLEO  
**CUOTA PROTEGIDA LIBRANZAS**  
**CONDICIONES**  
**BANCO DE OCCIDENTE**

Señor asegurado, SEGUROS ALFA S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió. Esta póliza se compone de las presentes condiciones y el certificado individual de seguro.

## 1. COBERTURAS

### 1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

**¿Cuál es el Objetivo de esta cobertura?** Reconocer el pago de la suma asegurada (valor individual equivalente a 6 cuotas mensuales), en caso en que el asegurado sea despedido o pierda su empleo sin justa causa. La presente cobertura empezará a operar a partir del día 31 de la vigencia del presente seguro.

#### ¿Qué características tiene esta cobertura?

<b>1</b>	El asegurado debió haber tenido un contrato a término fijo o indefinido con su empleador.	<b>2</b>	Al momento de la terminación de su relación laboral, se le debió haber reconocido el pago de una bonificación o indemnización.
<b>3</b>	Haber completado más de 6 meses o 180 días continuos trabajando. en casos de cambio de empleo, se tendrá en cuenta el término de 6 meses o 180 días continuos siempre y cuando el cambio de un empleo a otro no supere 8 días calendario.	<b>4</b>	Se cubre a: Personas con contrato verbal, Fuerzas Militares, Empleados públicos de carrera administrativa, Empleados de libre nombramiento y remoción, cuyo retiro no haya sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo, Despido masivo con o sin autorización, Personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado y empresas temporales y Contrato de obra o labor contratada por terminación anticipada. Contratos de Prestación de Servicios.

#### ¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- 1) Renuncia.
- 2) Despido con justa causa.
- 3) Muerte del asegurado.
- 4) Expiración del término establecido en el contrato a término fijo, o contratos por obra o labor por terminación de la misma en los términos inicialmente pactados.
- 5) Suspensión del contrato de trabajo.
- 6) Contratos finalizados durante o al momento de finalización del periodo de prueba.
- 7) Relaciones laborales celebradas en el exterior, ejecutadas total o parcialmente y finalizadas en el exterior.
- 8) Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectuó pago alguno de bonificación o suma alguna.

- 9) Contratos de aprendizaje.
- 10) Cualquier contrato diferente a los enunciados en la cobertura de desempleo.
- 11) Despidos que no impliquen el reconocimiento de una indemnización o bonificación.
- 12) Trabajadores de su propia empresa.
- 13) Pensionados que no perciban un ingreso adicional a su mesada pensional.
- 14) Trabajadores independientes.

## 1.2. 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	Si usted ha sido diagnosticado de cáncer maligno antes de ingresar al seguro	2	Cánceres o tumores diagnosticados como benignos, pre malignos
3	Cáncer de piel no Melanoma		

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

### 1.2.3 Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardíaca

### 1.2.4 Accidente Cerebrovascular Isquémico y/o Hemorrágico

### 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

### 1.2.7 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 cual podrá ser probado con la historia clínica y soporte del diagnóstico.

## 1.3 ECOSISTEMA DE SERVICIOS

Como asegurado de SEGUROS ALFA S.A., tiene a su disposición una plataforma de servicios que le permitirán disfrutar de manera mas amplia los beneficios de su seguro. El alcance, condiciones y disponibilidad de los servicios del ecosistema estará determinado por la aseguradora.

Los servicios se otorgan en alianza con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y podrán ser prestados directamente o por terceros.

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 60(1) 7455408, Cali 60(2) 4850859, Medellín 60(4) 6040998, Manizales 60(6) 8962160, Cartagena 60(5) 6931426, Barranquilla 60(5) 3851254, Pereira 60(6) 3402401 y a nivel Nacional 018000941100.

## 2. 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	ENFERMEDADES GRAVES
Documento en el que conste la terminación de 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 y terminación del contrato. (iv) Soporte de indemnización o bonificación para contratos fijos e indefinidos. (v) Para contratos de obra labor, prestación de servicios, carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y contratos en provisionalidad, certificación de continuidad laboral mínima de 12 meses.	Historia clínica y estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.

### IMPORTANTE

SEGUROS ALFA S.A. podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

### 3. 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

Una vez enviada la documentación completa, Seguros Alfa S.A. procederá a resolver la reclamación y le contactaremos para informarle la resolución del caso.

#### IMPORTANTE

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.

### 4. DEFINICIONES

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

#### ASEGURADO

Es la persona titular del productofinanciero.

#### BENEFICIARIO

Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

Para la cobertura de Desempleo:

- 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: **El asegurado.**

#### 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.

#### SINIESTRO

Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.



SEGUROS ALFA S.A

ASEGURADOR: SEGUROS ALFA S.A

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

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

Código Condicionado: 16/05/2022-1325-P-24-6913000016700000-0R00

Código Nota Técnica: 01/05/2020-1325-NT-P-24-G-P-BSDEAV-2020-4-0R00