

PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO PARA LINEA MICROCREDITO

Señor(a) tomador(a), Cardif Colombia Seguros Generales S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro adquirido por usted:

1 . COBERTURAS

1 . 1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

¿Que Me cubre? Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales el Asegurado (“usted”) muera por cualquier causa natural o accidental.

IMPORTANTE

- El Asegurado debe fallecer dentro de la vigencia de la póliza.
- Se incluye suicidio, homicidio, terrorismo y SIDA desde el primer día de vigencia.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

¿Que ME cubre? Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en que el Asegurado 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%).

IMPORTANTE

- Se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, la fecha determinada en el dictamen como fecha de estructuración. Se cubre un único evento.
- 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 laboral.

2 . EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA

Las condiciones preexistentes están cubiertas, pero hasta los siguientes límites:

- Microcrédito: Hasta 25 SMMLV.

¿QUÉ NO ME CUBRE? Estas exclusiones le son aplicadas a todas las coberturas que hacen parte del presente seguro.

- 1** Si al momento de ocurrencia del siniestro el asegurado se encuentra registrado en alguna lista restrictiva de autoridades colombianas o de cualquier otro país tales como la Lista de Nacionales Especialmente Designados y Personas Bloqueadas (Specially Designated Nationals and Blocked Persons List) expedida por la oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América (“OFAC”) y/o en cualquier lista similar expedida por la OFAC de acuerdo con cualquier autorización, orden ejecutiva o regulación, entre otras, no tendrá derecho al pago indemnizatorio.

Los siguientes padecimientos no están cubiertos por esta póliza:

1	Aneurismas cerebrales.	7	Hemofilias.
2	Aneurismas de aorta.	8	Oxigenodependencia.
3	Hepatitis B,C,D.	9	Obesidad mórbida (superior a 40 de IMC).
4	Hipertensión pulmonar.	10	IMC menor a 19,9.
5	Hipertensión portal.	11	IMC de 39.9 en adelante.
6	Cirrosis.	12	Enfermedad de Alzheimer.

Las siguientes enfermedades no se encuentran cubiertas por el amparo de Incapacidad Total Permanente, tampoco están sujetos a pago de extraprima y cualquier pérdida de capacidad laboral que ocurra como consecuencia directa de estas enfermedades no darán derecho a pago indemnizatorio alguno. Es decir, dichas enfermedades solo contarán con la cobertura de Muerte.

1	Síndrome de Sjogren.	10	Catarata.
2	Artrosis.	11	Desprendimiento de retina o ceguera.
3	Antecedente de fractura ósea.	12	Trauma ocular.
4	Fibromialgia.	13	Hipoacusia (disminución de la agudeza auditiva).
5	Acv(accidente cerebro vascular) /ictus/apoplejía/derrame cerebral/ isquemia cerebral/trombosis cerebral, mayor a 5 años.	14	Sordera.
6	Ait (accidente isquémico transitorio) /ictus/apoplejía/derrame cerebral/ isquemia cerebral/trombosis cerebral, mayor a 5 años.	15	Disfonía crónica.
7	Trauma medular/trm/ sección medular.	16	Drogadicción.
8	Discopatías en columna/ lesión de discos espinales.	17	Alcoholismo.
9	Glaucoma.	18	Cliente invalido.

Los siguientes padecimientos deberán pagar extra prima para su suscripción. Estos son siempre cubiertos por Muerte, pero no todos están cubiertos por Incapacidad Total y Permanente.

	ENFERMEDADES ACEPTADAS (CON Extra Prima)	% EXTRA-PRIMA	COBERT MUERTE	COBERT ITP
1	LUPUS/LUES	100	SI	NO
2	ESCLEROSIS SISTEMICA O MULTIPLE /ESS (DECLARADA COMO ESTABLE O INACTIVA)	100	SI	NO
3	ESCLERODERMIA	100	SI	NO
4	VIH	100	SI	NO
5	ARTRITIS REUMATOIDEA/AR	75	SI	NO
6	EPOC /ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	100	SI	NO
7	ASMA	100	SI	NO
8	BRONQUITIS CRONICA	75	SI	NO
9	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO(IAM) CON STENTS HACE MAS DE 5 AÑOS	100	SI	NO
10	BLOQUEOS / HEMIBLOQUEOS DE RAMA	75	SI	NO
11	TRANSTORNOS DEL RITMO CARDIACO SIN MARCAPASO (ARRITMIAS CARDIACAS)	75	SI	NO
12	TRANSTORNOS DEL RITMO CARDIACO CON MARCAPASO(ARITMIA CARDIACA)	100	SI	NO
13	VALVULOPATIAS(PATOLOGIA VALVULAR)	100	SI	NO
14	ARTRITIS GOTOSA	50	SI	NO
15	ARTRITIS PSORIASICA	75	SI	NO
16	ENFERMEDAD DE PARKINSON	100	SI	NO
17	EPILEPSIA O SINDROME CONVULSIVO	100	SI	NO
18	GUILLIAN BARRE	100	SI	NO
19	ANSIEDAD	75	SI	NO
20	DEPRESION	50	SI	NO
21	ESQUIZOFRENIA	75	SI	NO
22	MIXTAS (DEPRESION-ESQUIZOFRENIA/ TRANSTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO)	75	SI	NO
23	DIABETES MELLITUS (TIPO I O NO INSULINODEPENDIENTE; TIPO II O INSULINODEPENDIENTE)	50	SI	NO
24	ENFERMEDAD GLOMERULAR	100	SI	NO
25	ANEMIA	100	SI	NO
26	HEMOFILIA	100	SI	NO
27	EOSINOFILIA	50	SI	NO

3 . DOCUMENTOS PARA 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 se sugiere que en cada reclamación se alleguen los siguientes documentos adicionales al formato de aviso de siniestro debidamente diligenciado junto con la fotocopia del documento de identidad del asegurado:

Para muerte por cualquier causa

Copia del registro de defunción.

X

Para incapacidad total permanente

Copia del dictamen de invalidez de la Junta Regional o Nacional de Calificación en el que conste causa de la invalidez, porcentaje de invalidez y descripción de disminución. Para el sector Fuerzas Militares y Policía, original o copia autenticada del dictamen de invalidez emitido por la junta de calificación facultada para tal efecto para el caso de las fuerzas militares y/o de policía nacional.

X

Copia de historia clínica o copia de certificados médicos de ingreso a entidad hospitalaria donde certifican la ocurrencia del hecho que origina la incapacidad total y permanente.

X

4. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

Radicalar la documentación a través de las oficinas de BANCO CREDIFINANCIERA. Cualquier inquietud respecto a los pasos para la reclamación por favor comunicarse con la línea de atención de BANCO CREDIFINANCIERA a nivel nacional 018000423814 o en Bogotá 4823382. 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

ASEGURADO: En este seguro la persona asegurada será el titular del producto financiero.

BENEFICIARIO: Para todas las coberturas será CREDIFINANCIERA S.A.

6. PRIMAS Y VALORES ASEGURADOS

Valor asegurado: Saldo de la deuda hasta 120 SMMLV

		Coberturas		Valor de la prima * millon del saldo de la deuda
		Muerte	Incapacidad Total Permanente	
EDAD LIMITE	Plan 1	18 años - 84 años + 364 días	18 años - 69 años + 364 días	\$ 990

IMPORTANTE

- El valor de la prima mensual será cobrado a través del extracto del producto financiero con la entidad tomadora.
- El valor total de la prima puede variar teniendo en cuenta la extra prima informada al momento de adquirir su producto financiero en relación con el reporte de declaración de salud.

7. VIGENCIA

La vigencia individual del seguro para cada deudor iniciará desde el momento en que la entidad financiera realice el desembolso del crédito o el cliente utilice el cupo de crédito y estará vigente hasta:

- ✓ El vencimiento del plazo del crédito, incluyendo los días o meses adicionales por cuotas residuales.
- ✓ Hasta que se dé una terminación del contrato de apertura del crédito y el Asegurado cancele el saldo de la deuda con el tomador.
- ✓ El seguro terminará cuando se presente la muerte del Asegurado.

8. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., para hacer Tratamiento de mis datos, para fines legales, contractuales, en particular para el desarrollo de procesos de pre venta, venta y post venta del contrato de seguro, tales como siniestro, PQR. Asimismo, autorizo el procesamiento de datos, a través de herramientas de tecnología, pudiendo además, Transferir y/o Transmitir mis datos personales a nivel nacional y/o internacional, por cualquier medio, incluyendo mensajes de datos, con el tomador de la póliza, sus aliados estratégicos, terceros tales como, proveedores tecnológicos, operadores logísticos, reaseguradores, sus filiales, subsidiarias, asociadas, vinculadas, su matriz, controlante, o accionistas. Se que es facultativo dar respuesta a las preguntas sobre datos sensibles y de menores de edad, y que tengo los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas. Declaro que la información vinculada con terceros, la suministro teniendo autorización para ello, y/o en virtud de mi relación de parentesco con ellos, o por disposición judicial, legal o contractual. Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página Web www.bnpparibascardif.com.co enlace "Privacidad".

9. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

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:

- Defensor Principal: José Federico Ustáriz González.
- Defensor Suplente: Ana María Giraldo.
- Correo Electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com
- Telefax: 60(1) 6108161 y 60(1) 6108164
- Dirección: Carrera 11ª #96 -51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C
- Horario de Atención: 8:00 am a 6:00 pm Jornada Continua.

10 . LINEAS DE ATENCIÓN

Cualquier inquietud o duda, por favor comuníquese con las líneas de servicio al cliente, Cardif con gusto lo atenderá.

- A nivel nacional: 018000930133.
- En Bogotá D.C. 60(1) 7438363, en Medellín 60(4) 6045118, en Cali 60(2) 4852101, en Barranquilla 60(5) 3092301, en Bucaramanga 60(7) 6971701, en Neiva 60(8) 8630695, en Pasto 60(2) 7382302 y en Valledupar 60(5) 5885660.