



**PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES
GRAVES
CONDICIONES**

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., TENIENDO EN CUENTA Y EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES REALIZADAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO SUSCRITA POR EL ASEGURADO O EN LA GRABACIÓN TELEFÓNICA DE ÉSTE OBTENIDA, LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LAS CONDICIONES DEL PRODUCTO, LOS CUALES SON PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGIRÁ POR LAS SIGUIENTES CLAUSULAS Y CONDICIONES .

1. COBERTURAS.

1.1 DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O LAS CONDICIONES EN CASO QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA, SEA DESPEDIDO SIN JUSTA CAUSA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO AL RESPECTO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA.

SON CONDICIONES INDISPENSABLES Y CONCURRENTES PARA LA OPERANCIA DE ESTE AMPARO QUE:

A) EL ASEGURADO TENGA UN CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO O A TÉRMINO FIJO.

B) EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS CUOTAS DE LA TARJETA DE CRÉDITO Y/O CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, PARA LOS PRODUCTOS DE MODALIDAD DE PRIMA MENSUAL.

C) EL ASEGURADO LLEVE MÁS DE 6 MESES CONTINUOS TRABAJANDO

D) EL ASEGURADO CUMPLA CON UN PERÍODO DE ESPERA DE TREINTA (30) DÍAS.

E) QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE DESEMPLEO.

ADICIONALMENTE SE CUBRE:

- CUALQUIER TIPO DE EMPLEADO CUYA RELACIÓN LABORAL HAYA CONFIGURADO UN CONTRATO Y EN RAZÓN DE LA CUÁL HAYA RECIBIDO UNA INDEMNIZACIÓN O BONIFICACIÓN AL MOMENTO DEL DESPIDO O DE LA RENUNCIA NEGOCIADA.
- EMPLEADOS 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 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.
- TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TÉRMINO FIJO ANTES DEL TÉRMINO INICIALMENTE ESTABLECIDO, SIEMPRE Y CUANDO ESTA TERMINACIÓN NO DEPENDA DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y NO EXISTA JUSTA CAUSA EN LA TERMINACIÓN.
- PERSONAS VINCULADAS A COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO CUYO RETIRO NO HAYA SIDO GENERADO POR EL ASEGURADO.
- PERSONAS VINCULADAS A TRAVÉS DE UNA EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES.



- CONTRATO DE OBRA O LABOR CONTRATADA.

1.2 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O LAS CONDICIONES, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CORPORAL OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO QUEDA INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE E INHABILITADO PARA EJERCER CUALQUIER TRABAJO O LABOR PROFESIONAL, SIN PERJUICIO DE QUE ÉSTE LE GENERE UN INGRESO.

SON CONDICIONES INDISPENSABLES Y CONCURRENTES PARA LA OPERANCIA DE ESTE AMPARO QUE:

A) LA INCAPACIDAD ESTÉ DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO O UN MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL.

B) QUE LA INCAPACIDAD TENGA UNA DURACIÓN SUPERIOR A QUINCE (15) DÍAS CORRIENTES CONTINUOS Y NO HAYA SIDO CAUSADA POR EL ASEGURADO.

SI UN ASEGURADO PRESENTA UNA NUEVA INCAPACIDAD DE MÁS DE 15 DIAS DENTRO DE LOS 60 DIAS SIGUIENTES A LA PRIMERA INCAPACIDAD REPORTADA, ÉSTA SE TOMARÁ COMO PARTE DEL PRIMER EVENTO Y EN CONSECUENCIA, SE ACUMULARÁN LOS PAGOS GENERADOS ANTES DE LA RECAIDA Y LOS QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE LA MISMA.

SI LA NUEVA INCAPACIDAD SUCEDE DESPUES DE TRANSCURRIDOS 60 DÍAS DESDE LA PRIMERA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL REPORTADA, SE CONSTITUIRÁ COMO UN NUEVO EVENTO Y TENDRÁ DERECHO A RECIBIR HASTA SEIS PAGOS.

C) QUE EL ASEGURADO SEA TRABAJADOR INDEPENDIENTE O ESTUDIANTE O AMA DE CASA O MICROEMPRESARIO O PERSONAS CON

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O PENSIONADO.

PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE APLICARÁ LA SIGUIENTE TABLA:

PARA CRÉDITO DE CONSUMO Y TARJETA DE CRÉDITO:

DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE PAGOS A APLICAR
15 – 44 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1
45 – 74 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2
75 – 104 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3
105 – 134 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4
135 – 164 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	5
165 – O MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	6

1.3 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA– Solo aplica para tarjetas de crédito

¿QUÉ CUBRIMOS? EL BENEFICIARIO RECIBIRÁ EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO EN CASO DE QUE USTED MUERA POR CUALQUIER CAUSA.

IMPORTANTE:

- NO SE AMPARA LA MUERTE POR ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DEL SEGURO.
- EL ASEGURADO DEBE FALLECER DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

1.4 INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE– Solo aplica para tarjetas de crédito

¿QUÉ CUBRIMOS? SE RECONOCERÁ 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 INVALIDEZ EMITIDO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES (ARL), ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS), POR LA ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES (AFP) A LA CUAL SE ENCUENTRA AFILIADO, COLPENSIONES, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O POR MÉDICO HABILITADO LEGALMENTE PARA ELLO (ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL O SALUD OCUPACIONAL, Y EL CUAL DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).



IMPORTANTE:

- AL MOMENTO DE PRESENTARSE LA RECLAMACIÓN, SE CONSIDERARÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN, LA CUAL CORRESPONDE A LA FECHA DETERMINADA EN EL MOMENTO EN QUE LA PERSONA EVALUADA ALCANZE 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 DE AYUDA DIAGNÓSTICA LOS CUALES PUEDAN CORRESPONDER A ANTES O DESPUÉS DE LA FECHA DE LA DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.
- NO SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE DERIVADA DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DEL SEGURO.

1.5. ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO EN CASO DE QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO, SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ CON UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES DEL SEGURO PARA CADA UNA DE ELLAS:

A. CÁNCER.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO, A PARTIR DE LA DEMOSTRACIÓN DE LA PRESENCIA DE UNA NEOPLASIA MALIGNA QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA DEL ASEGURADO DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN Y DEMOSTRACIÓN QUE MÁS ADELANTE SE SEÑALA.

CABE SEÑALAR QUE ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA RECLAMACIÓN REALIZADA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

SE ENTIENDE POR CÁNCER, LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, CARACTERIZADO POR ALTERACIONES CELULARES MORFOLÓGICAS Y CROMOSÓMICAS, 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 LEUCEMIA (EXCEPTO LA LEUCEMIA LINFÁTICA CRÓNICA), LOS LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER REALIZADO POR UN MÉDICO ONCÓLOGO, BASADO EN LA HISTORIA CLÍNICA

DEL PACIENTE Y CONFIRMADO POR UN DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA QUE CERTIFIQUE POSITIVAMENTE LA PRESENCIA DE UN CÁNCER. EL CÁNCER DEBERÁ REQUERIR TRATAMIENTO CON CIRUGÍA, RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.

B. 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 APOORTE 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 Y RELEVANTES EN EL ELECTROCARDIOGRAMA EGG.
- AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS POR SOBRE LOS VALORES NORMALES.
- UN HISTORIAL DE DOLOR DE PECHO, INDICATIVO DE UNA ENFERMEDAD CARDIACA ISQUÉMICA.

LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO NO ESTÁN CUBIERTAS. EL INFARTO DEL MIOCARDIO QUE OCURRE DENTRO DE LOS 14 DÍAS POSTERIORES A CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA ANGIOPLASTÍA CORONARIA O CIRUGÍA DE DERIVACIÓN CORONARIA, SERÁ CUBIERTO SOLAMENTE SI HA RESULTADO CON NUEVAS ONDAS Q EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES PERMANENTES DE LA PARED CARDIACA MOSTRADOS EN LAS IMÁGENES CARDIACAS 30 DÍAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO CORONARIO.



C. CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO.

ES LA CIRUGÍA DE DOS 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. SE EXCLUYE DE ESTA DEFINICIÓN, LA ANGIOPLASTÍA DE GLOBO Y OTRAS TÉCNICAS INVASIVAS QUE NO REQUIERAN CIRUGÍA.

D. ENFERMEDAD CEREBRO – VASCULAR.

LA EMBOLIA CEREBRAL 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 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.

E. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

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

LA INSUFICIENCIA TOTAL, CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES O LA CONTINUA DIÁLISIS RENAL DEBERÁ SER INSTITUCIONALIZADA Y CONSIDERADA MÉDICAMENTE NECESARIA, POR UN NEFRÓLOGO CERTIFICADO.

LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

F. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR ESCLEROSIS MÚLTIPLE LA ENFERMEDAD DEMIELINIZANTE DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CUYO DIAGNÓSTICO INEQUÍVOCO REALIZADO POR UN NEURÓLOGO CONFIRMA AL MENOS ANOMALÍAS MODERADAS NEUROLÓGICAS PERSISTENTES, PRODUCIDAS POR LA DEGENERACION DEL TEJIDO NEURAL ESCLEROSADO EVIDENCIADAS POR SINTOMA TIPICO DE AFECTACION DE LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS Y CUYA PROGRESION HAYA PRODUCIDO DETERIORO INCAPACITANTE SIGNIFICATIVO EN LAS FUNCIONES BASICAS Y ESENCIALES PARA LA INDEPENDENCIA, PERO LAS QUE NO LLEVEN NECESARIAMENTE AL ASEGURADO A UNA SILLA DE RUEDAS EN FORMA PERMANENTE.

ESTA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR ZONAS DE TEJIDOS ENDURECIDOS DEL CEREBRO O DE LA MÉDULA ESPINAL MANIFESTADA POR PARÁLISIS PARCIAL O COMPLETO, PARESTESIA, Y/O NEURITIS ÓPTICA.

SE CARACTERIZA MÁS ALLÁ POR EPISODIOS DE EXACERBACIÓN O REMISIÓN. EL DIAGNÓSTICO RADICA EN EL HISTORIAL Y EXÁMENES FÍSICOS Y EL ANÁLISIS DEL LÍQUIDO CEREBROESPINAL; UN EPISODIO ANTERIOR O UN EPISODIO ÚNICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE NO SERÁ UNA ESCLEROSIS MÚLTIPLE PARA EFECTOS DE ESTA DEFINICIÓN. EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA PÉRDIDA BAJO ESTE BENEFICIO SI EL PRIMER EPISODIO OCURRIÓ ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA.

G. TRASPLANTE DE ÓRGANOS:

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR TRASPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL EL QUE SE HAYA REALIZADO EL ASEGURADO COMO RECEPTOR DEL TRASPLANTE DE UN ÓRGANO PROVENIENTE DE UN DONANTE HUMANO FALLECIDO O VIVO, QUE DEBE SER CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES: CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, RIÑÓN, MÉDULA ÓSEA O 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.

2013

Página 4 de 18



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 QUE ÉSTE 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 ÉSTE 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 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

PARAGRAFO 1: LA ASEGURADORA PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO EL VALOR ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA NO SEA DEL TIPO DE LAS ENFERMEDADES EXCLUIDAS BAJO LA CONDICIÓN 2.2 DE LAS PRESENTES CONDICIONES.

PARÁGRAFO 2: PARA LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO, SÓLO SE TOMARÁN POR ENFERMEDADES GRAVES LAS LISTADAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

PARÁGRAFO 3: LA COBERTURA QUE OTORGA ESTE ANEXO TIENE LA SIGUIENTE LIMITACIÓN:

- a) NO EXISTIRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO CUANDO EL RECLAMO SEA PRESENTADO A LA ASEGURADORA DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DEFINIDA EN LAS PRESENTES CONDICIONES:

PARAGRAFO 4: LA ENFERMEDAD DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO. APLICA PARA TODAS LAS ENFERMEDADES GRAVES LISTADAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

2. EXCLUSIONES GENERALES.

2.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

LOS AMPAROS DE ESTE SEGURO ESTÁN SUJETOS A LAS EXCLUSIONES QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO CON OCASIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO:

A) CUANDO EL CONTRATO DE TRABAJO DEL ASEGURADO TERMINE POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- DECISIÓN UNILATERAL DEL TRABAJADOR.
- POR DESPIDO CON JUSTA CAUSA.
- POR MUERTE DEL TRABAJADOR.
- POR MUTUO CONSENTIMIENTO ENTRE EL TRABAJADOR, Y EL EMPLEADOR SIN QUE SE EFECTÚE PAGO ALGUNO DE BONIFICACIÓN O SUMA ALGUNA, POR DECISIÓN DE PARTE DEL EMPLEADOR.
- POR EXPIRACIÓN DEL TÉRMINO ESTIPULADO EN LOS CONTRATOS A TÉRMINO FIJO.
- POR TERMINACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA.
- POR NO REGRESAR EL TRABAJADOR A SU EMPLEO, AL DESAPARECER LAS CAUSAS DE LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.

B) CUANDO LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO SE PRESENTE DURANTE O A LA FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DE PRUEBA.

C) CUANDO EL CONTRATO DE TRABAJO SEA SUSPENDIDO POR CUALQUIER CAUSA.

D) CUANDO SE TRATE DE TRABAJADORES EMPLEADOS EN SU PROPIA EMPRESA.

E) NO SE INCLUYEN BAJO ESTA COBERTURA PERSONAS QUE SE ENCUENTREN AMPARADAS BAJO LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

F) CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EMPLEADO, INCLUSO DESPUÉS DE HABERSE ENCONTRADO UN PERÍODO EN ESTADO DE DESEMPLEO.



2.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

LOS AMPAROS DE ESTE SEGURO ESTÁN SUJETOS A LAS EXCLUSIONES QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS O CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PRODUCTO DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD CORPORAL, TENGA ORIGEN DIRECTO O INDIRECTO EN:

A) ACCIDENTES ORIGINADOS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN:

- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO A LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO.
- VIAJES EN CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AÉREO, EXCEPTO CUANDO SE REALIZA EL VIAJE COMO PASAJERO DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS.
- PRUEBAS O CARRERAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD DE VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE, ASÍ COMO DEPORTES DE ALTO RIESGO DE CUALQUIER CLASE Y DEPORTES QUE INVOLUCREN EL USO DE EQUIPOS, MEDIO O MÁQUINAS DE VUELO O DEPORTES CON LA INTERVENCIÓN DE ALGÚN ANIMAL.
- 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.
- ACTOS TERRORISTAS, CONMOCIONES CIVILES, ASONADAS, DISTURBIOS, GUERRA DECLARADA O NO.

- ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.

B) LOS EVENTOS SIGUIENTES:

- CUALQUIER ENFERMEDAD MENTAL DE CUALQUIER TIPO Y SUS CONSECUENCIAS, TALES COMO ESTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN O DESORDENES NERVIOSOS.

- ENFERMEDADES EN RAZÓN DE LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA SIDO ATENDIDO Y TRATADO MÉDICAMENTE DENTRO DE LOS SEIS (6) MESES ANTERIORES A LA FECHA INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.
- INTENTO DE SUICIDIO.
- LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFERIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.
- ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE ACCIDENTAL.
- INTENTO DE HOMICIDIO DEL ASEGURADO, CUANDO ESTE SE ENCUENTRE PARTICIPANDO DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE EN ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES.
- ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN DEBIDO A QUE EL ASEGURADO ESTABA BAJO LA INFLUENCIA DE ALGÚN MEDICAMENTO O DROGA ENERVANTE, ESTIMULANTE O SIMILAR, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO; ASÍ COMO LOS QUE SE ORIGINEN COMO CONSECUENCIA DE LOS EFECTOS DEL ALCOHOL.

C) NO SE INCLUYEN BAJO ESTA COBERTURA LOS MIEMBROS DE FUERZAS MILITARES.

D) NO SE INCLUYEN BAJO ESTA COBERTURA PERSONAS QUE SE ENCUENTREN AMPARADAS BAJO LA COBERTURA DE DESEMPLEO.

E) NO SE INCLUYEN BAJO ESTA COBERTURA CRÉDITOS DE PRESTANÓMINA.

2.3. y 2.4. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA E INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

- SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO.
- 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.

- 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.

- EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.

- ENFERMEDADES, LESIONES, ACCIDENTES O EVENTOS PADECIDOS, CONOCIDOS O DIAGNOSTICADOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

2.4. ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL VALOR ASEGURADO SI EL RECLAMO TIENE RELACIÓN CON UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES EXCLUIDAS:

1) LOS SIGUIENTES TIPOS O MANIFESTACIONES DE CÁNCER: LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCÍTICA. CÁNCERES DE PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO. TODOS LOS TUMORES DESCRITOS HISTOLÓGICAMENTE COMO BENIGNOS, PREMALIGNOS, CON POTENCIAL BAJO DE MALIGNIDAD, O NO INVASIVOS. TODAS LAS LESIONES DESCRITAS COMO CARCINOMA IN SITU. Y LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES ESPECÍFICAS: POLICITEMIA VERA., TROMBOCITEMIA ESENCIAL. TODOS LOS TUMORES DE PRÓSTATA, AL MENOS QUE SEAN CLASIFICADOS HISTOLÓGICAMENTE POR LA ESCALA DE "GLEASON" CON UN GRADO MAYOR A 6, O QUE HAYAN PROGRESADO AL MENOS A LA CLASE T2N0M0 SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE AJCC SEXTA EDICIÓN CLASIFICACIÓN TMN. CUALQUIER TIPO DE CÁNCER EN PRESENCIA DE LA INFECCIÓN VIH, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LINFOMA O SARCOMA DE KAPOSÍ. 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. 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. CÁNCER TEMPRANO LOCALIZADO EN LA VEJIGA QUE SEA HISTOLÓGICAMENTE DESCRITO POR LA SEXTA EDICIÓN DE AJCC CLASIFICACIÓN TMN COMO TA O UNA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE, SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA METÁSTASIS. LEUCEMIA LINFOQUÍSTICA CRÓNICA (LLC) CON CLASIFICACIÓN MENOR DE LA ETAPA 3 EN LA PRUEBA DE RAI.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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

ESTA COBERTURA ESTA LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA RECLAMACIÓN REALIZADA A LA ASEGURADORA POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

2) TRATÁNDOSE DE INFARTO AL MIOCARDIO SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO NO ESTÁN CUBIERTAS.

3) TRATÁNDOSE DE CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO SE ENCUENTRE EXCLUIDAS DE COBERTURA DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTO Y/O CIRUGÍA: LA ANGLIOPLASTIA CON GLOBO. OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTÁN EXCLUIDOS LOS PROCEDIMIENTOS: LA ANGIOPLASTÍA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP), CATETERISMO CARDIACO, TRATAMIENTO CON RAYO LÁSER, CUCHILLA ROTABLE, EL STENTING Y OTRAS TÉCNICAS DE CATETERISMOS INTRA-ARTERIALES. Y TAMBIÉN ESTA EXCLUIDA LA CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR LAPAROSCOPIA.

4) TRATÁNDOSE DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA LAS SIGUIENTES DOLENCIAS: NO SE CONSIDERARÁN DENTRO DE LA COBERTURA LOS SÍNTOMAS CEREBRALES DE MIGRAÑA, LESIÓN CEREBRAL CAUSADA POR UN TRAUMATISMO O HIPOXIA Y UNA ENFERMEDAD VASCULAR QUE AFECTE AL OJO O AL NERVIÓ ÓPTICO, Y LAS ALTERACIONES ISQUÉMICAS DEL SISTEMA VESTIBULAR, NI 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.



5) TRATÁNDOSE DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA LAS SIGUIENTES DOLENCIAS: LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

6) TRATÁNDOSE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: SE EXCLUYEN OTRAS CAUSAS DE DAÑO NEUROLÓGICO COMO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO O INFECCIONES POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

7) TRATÁNDOSE DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS : LA COBERTURA SÓLO COMPRENDE EL TRASPLANTE DE TODO EL ÓRGANO Y NO DE FRACCIONES O PARTES DE ÉSTE, POR LO QUE EN EL CASO DEL PÁNCREAS SE EXCLUYE EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS. NO ESTARÁ CUBIERTO EL TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA

8) CAUSALES ADICIONALES DE EXCLUSIÓN: LA ASEGURADORA NO DEBERÁ PAGAR EL VALOR ASEGURADO SI LA ENFERMEDAD GRAVE HA SIDO CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DE:

8.1. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFLINGIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.

8.2. USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL.

8.3. RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.

8.4. LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR EVENTOS EXTERNOS, BIEN SEAN ÉSTOS DE CARÁCTER VIOLENTO O ACCIDENTAL.

8.5. CUALQUIER CONDICIÓN RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), CONFORME CON LAS DEFINICIONES RECONOCIDAS PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

8.6. ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO, SEGÚN CORRESPONDA.

8.7. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.

8.8. RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOS QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO.

8.9. EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.

8.10. COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.

8.11. PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

8.12. 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.

8.13. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.

8.14. 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.

- 8.15. NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 8.16. PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, 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 DE LA PÓLIZA.
17. ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
18. CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- 8.19. EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE AL MOMENTO DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, INDEPENDIEMENTE DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU PRIMER DIAGNÓSTICO. ASÍ MISMO, SE EXCLUYEN DIAGNÓSTICOS REPETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3. DEFINICIONES.

3.1. ASEGURADO: ES LA PERSONA NATURAL TITULAR DE UN CRÉDITO Y/O TARJETA DE CRÉDITO OTORGADO (A) POR BANCOLOMBIA S.A.

3.2. BENEFICIARIO:

PARA TODOS LOS AMPAROS: BANCOLOMBIAS.A.

3.3. EDAD MÁXIMA DE INGRESO: ES LA EDAD HASTA LA CUAL UNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES PARA SER

ASEGURADA PUEDE ADHERIRSE AL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

3.4. EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: ES LA EDAD HASTA LA CUAL UNA PERSONA PUEDE PERMANECER ASEGURADA EN EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO. UNA VEZ CUMPLIDA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SE DARÁ POR TERMINADO DE ACUERDO A LO INDICADO EN ESTAS CONDICIONES

3.5. EDAD MÍNIMA DE INGRESO: ES LA EDAD A PARTIR DE LA CUAL UNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES PARA SER ASEGURADA PUEDE ADHERIRSE AL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

3.6. EVENTO: TODO HECHO CUYAS CONSECUENCIAS ESTÉN GARANTIZADAS POR ALGUNAS DE LAS COBERTURAS DEL OBJETO DEL SEGURO.

3.7. EXCLUSIONES: SE REFIERE A TODOS AQUELLOS HECHOS, SITUACIONES O CONDICIONES NO CUBIERTOS POR EL CONTRATO DE SEGURO, Y QUE SE ENCUENTRAN EXPRESAMENTE INDICADOS EN ESTAS CONDICIONES.

3.8. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO: CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO DEBE PERMANECER EMPLEADO A EFECTOS DE TENER LA POSIBILIDAD DE PRESENTAR UNA NUEVA RECLAMACIÓN QUE AFECTE LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

3.9. PERÍODO DE CARENCIA: CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO CONTADO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA, DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO ALGUNO A INDEMNIZACIÓN FRENTE A LA OCURRENCIA DE UN EVENTO. EL PERÍODO DE CARENCIA SERÁ EL INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES.

3.10. PERÍODO DE ESPERA: CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO QUE DEBE TRANSCURRIR ENTRE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y EL PRIMER PAGO, ASÍ COMO EL PERÍODO DE TIEMPO



QUE EL ASEGURADO DEBERÁ ESTAR EN ESTADO DE DESEMPLEO O PERMANECER VIVO, SEGÚN CORRESPONDA, PARA ACCEDER AL PRIMER PAGO.

3.11. PREEXISTENCIAS. DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3.12. TOMADOR: EL ASEGURADO.

4. VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

CRÉDITOS DE CONSUMO

PARA CRÉDITOS RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES ADQUIERAN EL SEGURO AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO: LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORGUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, HASTA EL VENCIMIENTO DE LA ÚLTIMA CUOTA DEL CRÉDITO ORIGINALMENTE PACTADA Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

PARA CRÉDITOS RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES ADQUIERAN EL SEGURO EN FECHA POSTERIOR AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO: LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO OTORGUE SU CONSENTIMIENTO PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO CON CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. O EN LA FECHA EN QUE SEA REALICE LA ACTIVACIÓN DEL DÉBITO AUTOMÁTICO, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORGUE PARA EL

EFECTO EL ASEGURADO, HASTA EL VENCIMIENTO DE LA ÚLTIMA CUOTA DEL CRÉDITO ORIGINALMENTE PACTADA Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

PRESTANÓMINA:

LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DEL PRIMER RECAUDO DE LA PRIMA DE SEGURO, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORGUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, HASTA EL VENCIMIENTO DE LA ÚLTIMA CUOTA DEL CRÉDITO ORIGINALMENTE PACTADA Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

TARJETAS DE CRÉDITO

PARA TARJETAS DE CRÉDITO RESPECTO DE LAS CUALES LOS CLIENTES AUTORICEN CARGAR AL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LA TARJETA, EL MONTO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A EL(LOS) SEGURO(S) CONTRATADO(S): EL SEGURO ENTRARÁ EN VIGENCIA CON LA ACTIVACIÓN DEL DÉBITO AUTOMÁTICO DE LA TARJETA DE CRÉDITO, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORGUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE SE MANTENGA ACTIVA Y VIGENTE LA TARJETA DE CRÉDITO, Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

PARA TARJETAS DE CRÉDITO RESPECTO DE LAS CUALES LOS CLIENTES AUTORICEN CARGAR CON POSTERIORIDAD A LA EXPEDICIÓN DE LA TARJETA, EL MONTO DE LA PRIMA



CORRESPONDIENTE A EL (LOS) SEGURO(S) CONTRATADO(S): LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO MANIFIESTE SU CONSENTIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DEL PRODUCTO DE SEGURO, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE SE MANTENGA ACTIVA Y VIGENTE LA TARJETA DE CRÉDITO, Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

CRÉDITOS HIPOTECARIOS:

PARA CRÉDITOS RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES ADQUIERAN EL SEGURO AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO HIPOTECARIO: LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO O AL MOMENTO DE INSCRIPCIÓN DEL DÉBITO AUTOMÁTICO, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, HASTA EL VENCIMIENTO DE LA ÚLTIMA CUOTA DEL CRÉDITO ORIGINALMENTE PACTADA Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

PARA CRÉDITOS RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES ADQUIERAN EL SEGURO EN FECHA POSTERIOR AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO HIPOTECARIO: LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO MANIFIESTE SU CONSENTIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DEL PRODUCTO DE SEGURO, SIN PERJUICIO DEL PERÍODO DE CARENCIA. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE

PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, HASTA EL VENCIMIENTO DE LA ÚLTIMA CUOTA DEL CRÉDITO ORIGINALMENTE PACTADA Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

5. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

PARA CRÉDITOS DE CONSUMO Y PRESTANÓMINA:

LA PRIMA SERÁ MENSUAL Y SERÁ EL RESULTADO DE MULTIPLICAR EL MONTO INICIAL DEL CRÉDITO POR LA TASA DEL SEGURO MÁS IVA. LA TASA, EN TODO CASO, ESTARÁ CONSIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA DE SEGURO SUSCRITA ENTRE CARDIF COLOMBIA SEGUROS S.A. Y EL TOMADOR Y EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO QUE LE SEA ENTREGADO AL ASEGURADO.

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ ASUMIDO POR EL ASEGURADO, Y PARA CUYOS EFECTOS EL VALOR DE ÉSTA SERÁ INCLUIDO EN EL CRÉDITO OTORGADO POR BANCOLOMBIA S.A. AL ASEGURADO. EL ASEGURADO TENDRÁ UN PERIODO DE SESENTA (60) DÍAS CORRIENTES PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRIMA, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE ENCUENTRE OBLIGADO A ASUMIR EL PAGO DE LA MISMA, LO CUAL TENDRÁ LUGAR A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA. PARA LOS CASOS DE PRIMA MENSUAL LA OBLIGACIÓN DE ASUMIR EL PAGO DE LA PRIMA SE CONTABILIZARÁ A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO, Y ASÍ SUCESIVAMENTE DE MANERA MENSUAL.

PARA CRÉDITOS HIPOTECARIOS:

LA PRIMA SERÁ MENSUAL Y SERÁ EL RESULTADO DE MULTIPLICAR EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO POR LA TASA DEL SEGURO MÁS IVA. LA TASA, EN TODO CASO, ESTARÁ CONSIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA DE SEGURO SUSCRITA ENTRE CARDIF COLOMBIA SEGUROS S.A. Y EL TOMADOR Y EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO QUE LE SEA ENTREGADO AL ASEGURADO.

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ ASUMIDO POR EL ASEGURADO, Y PARA CUYOS EFECTOS EL VALOR DE ÉSTA SERÁ INCLUIDO EN EL CRÉDITO OTORGADO POR BANCOLOMBIA S.A. AL ASEGURADO. EL ASEGURADO TENDRÁ UN



PERIODO DE SESENTA (60) DÍAS CORRIENTES PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRIMA, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE ENCUENTRE OBLIGADO A ASUMIR EL PAGO DE LA MISMA, LO CUAL TENDRÁ LUGAR A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA. PARA LOS CASOS DE PRIMA MENSUAL LA OBLIGACIÓN DE ASUMIR EL PAGO DE LA PRIMA SE CONTABILIZARÁ A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO, Y ASÍ SUCESIVAMENTE DE MANERA MENSUAL.

PARA TARJETA DE CRÉDITO: LA PRIMA MENSUAL CORRESPONDERÁ A UN VALOR FIJO DE CONFORMIDAD CON EL PLAN CONTRATADO POR EL ASEGURADO, Y LA CUAL EN TODO CASO ESTARÁ CONSIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA DE SEGURO SUSCRITA ENTRE CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. Y EL TOMADOR Y EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DEL SEGURO QUE LE SEA ENTREGADO AL ASEGURADO.

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ ASUMIDO POR EL ASEGURADO, Y PARA CUYOS EFECTOS EL VALOR DE ÉSTA SERÁ INCLUIDO EN EL EXTRACTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO DEL ASEGURADO. EL ASEGURADO TENDRÁ UN PERIODO DE SESENTA (60) DÍAS CORRIENTES PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRIMA, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE ENCUENTRE OBLIGADO A ASUMIR EL PAGO DE LA MISMA, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO O DE CUALQUIERA DE SUS RENOVACIONES.

6. MORA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

7. VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS.

EL VALOR DE LA PRIMA PARA CADA PERSONA ASEGURADA SERÁ EL SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. EN TODO CASO, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EFECTUARÁ

UNA REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL VALOR DE LA PRIMA DE SEGURO COBRADA AL ASEGURADO, EN FUNCIÓN DEL RESULTADO TÉCNICO Y EL COMPORTAMIENTO DE SINIESTRALIDAD DEL PRODUCTO DE SEGURO ADQUIRIDO Y COMO RESULTADO DE LO CUAL, AL AMPARO DE LAS DISPOSICIONES NORMATIVAS EN MATERIA DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, SE INFORMARÁ AL ASEGURADO DE FORMA PREVIA LOS CAMBIOS QUE LLEGAREN A REALIZARSE EN EL VALOR DE LA PRIMA DE SEGURO.

8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

PARA TODOS LOS AMPAROS:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 63 AÑOS + 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 64 AÑOS+ 364 DÍAS + DURACIÓN DEL CRÉDITO (LIBRANZA Y CONSUMO: MÁXIMO 60 MESES; HIPOTECARIO: 240 MESES; TARJETA DE CRÉDITO: NO APLICA).

9. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES Y PRIMAS.

LOS VALORES ASEGURADOS SON LOS QUE SE INDICAN EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

10. PERÍODO DE CARENIA.

- PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE CARENIA DE 60 DÍAS.
- PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE CARENIA DE 90 DÍAS.

11. PERÍODO DE ESPERA.

- PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: NO SE ESTABLECE PERIODO DE ESPERA ALGUNO.
- PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE ESPERA DE 30 DÍAS.



12. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO DEBE PERMANECER EMPLEADO CON EL MISMO EMPLEADOR A EFECTOS DE TENER LA POSIBILIDAD DE PRESENTAR UNA NUEVA RECLAMACIÓN QUE AFECTE PARA EL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

- PARA EL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO SE ESTABLECE UN PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO DE 6 MESES.
- PARA LOS AMPAROS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y ENFERMEDADES GRAVES NO SE APLICA PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

13. RECAÍDA.

PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL; SI UN ASEGURADO PRESENTA UNA NUEVA INCAPACIDAD DE MÁS DE 15 DÍAS DENTRO DE LOS 60 DÍAS SIGUIENTES A LA PRIMERA INCAPACIDAD REPORTADA, ÉSTA SE TOMARÁ COMO PARTE DEL PRIMER EVENTO Y EN CONSECUENCIA, SE ACUMULARÁN LOS PAGOS GENERADOS ANTES DE LA RECAÍDA Y LOS QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE LA MISMA.

SI LA NUEVA INCAPACIDAD SUCEDE DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 60 DÍAS DESDE LA PRIMERA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL REPORTADA, SE CONSTITUIRÁ COMO UN NUEVO EVENTO Y TENDRÁ DERECHO A RECIBIR HASTA 6 PAGOS DE CONFORMIDAD CON EL PLAN CONTRATADO.

14. NÚMERO DE EVENTOS A INDEMNIZAR.

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CRÉDITO, DE CONFORMIDAD CON EL LÍMITE DE LA COBERTURA, SIN PERJUICIO DE LO CONTENIDO EN EL NUMERAL 12. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO

ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CRÉDITO, DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE DÍAS DE INCAPACIDAD ESPECIFICADA EN EL NUMERAL 1.2. DE LAS PRESENTES CONDICIONES.

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. CUBRIRÁ EL DIAGNÓSTICO DE MÁS DE UN EVENTO POR CADA ENFERMEDAD GRAVE AQUÍ CUBIERTA, SIEMPRE Y CUANDO EL NUEVO EVENTO DE UNA ENFERMEDAD YA DIAGNOSTICADA O INDEMNIZADA SEA INDEPENDIENTE DEL PRIMER EVENTO INDEMNIZADO. CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE AQUÍ CUBIERTA QUE SEA CONSECUENCIA DE UN EVENTO YA INDEMNIZADO O PREEXISTENTE AL MOMENTO DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA NO SERÁ CUBIERTO POR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

15. TERMINACIÓN.

EL CONTRATO DE SEGURO, CONSIGNADO EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE DARÁ POR TERMINADO POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA.
2. CUANDO EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA EN LA PÓLIZA.
3. REVOCACIÓN UNILATERAL, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA, DE PARTE DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO.
4. PARA EL CASO DE CRÉDITOS, CUANDO EL ASEGURADO PAGUE LA TOTALIDAD DE SUS OBLIGACIONES FINANCIERAS CON BANCOLOMBIA S.A.

16. REVOCACIÓN UNILATERAL.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO, AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, PROCEDA A SOLICITAR ANTE CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., LA REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO, LA DEVOLUCIÓN DE PRIMA NO DEVENGADA A SER RECONOCIDA A FAVOR DEL ASEGURADO, SE EFECTUARÁ CONFORME LA SIGUIENTE METODOLOGÍA:



RANGOS DE TIEMPO	PORCENTAJE DE LA PRIMA A DEVOLVER
DESDE EL MOMENTO DE LA ADQUISICIÓN DEL SEGURO Y HASTA DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS SIGUIENTES A LA ADQUISICIÓN DEL MISMO	100% DEL VALOR DE LA PRIMA DE SEGURO PAGADA POR EL ASEGURADO.
UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS SESENTA (60) DÍAS SIGUIENTES A LA ADQUISICIÓN DEL SEGURO Y HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.	5% DEL VALOR DE LA PRIMA DE SEGURO PAGADA POR EL ASEGURADO (*).

(*) LOS PORCENTAJES DE PRIMA A SER DEVUELTOS CORRESPONDEN A LOS CONSAGRADOS RESPECTIVAMENTE, CONSIDERANDO QUE DEL 100% DEL VALOR DE LA PRIMA DE SEGURO PAGADA POR EL ASEGURADO, AL MOMENTO DE LA DEVOLUCIÓN, SE PROCEDERÁ A DEDUCIR LOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y ADQUISICIÓN ASOCIADOS AL SEGURO RESPECTIVO.

ASÍ MISMO, EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO POR EL ASEGURADOR, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADO, ENVIADA A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ DÍAS DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO.

17. CONDICIONES DE INDEMNIZACIÓN.

- **PARA TODOS LOS AMPAROS:** EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DE BANCOLOMBIA S.A.

- **PARA LOS CRÉDITOS DE PRESTANOMINA** EL NÚMERO DE CUOTAS A SER RECONOCIDAS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, CONFORME LOS VALORES ASEGURADOS ESTABLECIDOS EN LA CLÁUSULA 9 DE LAS PRESENTES CONDICIONES, SERÁN PAGADAS EN UN ÚNICO PAGO A FAVOR DEL CRÉDITO DEL ASEGURADO OTORGADO POR BANCOLOMBIA S.A.

18. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

1. PARA EL AMPARO DE DESEMPEÑO INVOLUNTARIO.

AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AL ASEGURADO LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE SUGIERE QUE EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO POR DESEMPEÑO INVOLUNTARIO, EL ASEGURADO ALLEGUE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN COMO LOS ÚNICOS MEDIOS DE PRUEBA PARA COMPROBAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO:

- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- ORIGINAL O COPIA DEL DOCUMENTO EN EL CUAL SE REFLEJE EL VALOR ADEUDADO POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO Y EL VALOR DE LAS CUOTAS A PAGAR.
- ORIGINAL O COPIA DEL DOCUMENTO EN EL QUE CONSTE LA TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL, EN EL CUAL SE ESPECIFIQUE EL TIPO DE CONTRATO LABORAL Y LA CAUSA DE TERMINACIÓN DEL MISMO O CARTA DE DESPIDO DETALLANDO DICHA INFORMACIÓN.
- ORIGINAL O COPIA DEL DOCUMENTO EN EL QUE CONSTE LA LIQUIDACIÓN DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES.
- DECLARACIÓN JURAMENTADA ANTE NOTARIO EN LA QUE SE DEJE CONSTANCIA DE LOS PRIMEROS TREINTA (30) DÍAS EN ESTADO DE DESEMPEÑO.

18.2. PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:

AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AL ASEGURADO LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE SUGIERE QUE EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, EL ASEGURADO ALLEGUE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN COMO LOS ÚNICOS MEDIOS DE PRUEBA PARA COMPROBAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO:

- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.



- ORIGINAL O COPIA DEL DOCUMENTO EN EL CUAL SE REFLEJE EL VALOR ADEUDADO POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO Y EL VALOR DE LAS CUOTAS A PAGAR (PLAN DE PAGOS)
- CERTIFICADOS Y EXÁMENES MÉDICOS, EN ORIGINAL O COPIA, QUE ACREDITEN LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR MÁS DE 15 DÍAS CORRIENTES, EXPEDIDOS POR EL MÉDICO AFILIADO A LA EPS O ARP,

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL O MÉDICO AFILIADO A LA MEDICINA PREPAGADA DEL ASEGURADO.

- CERTIFICADO DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

AMPLIACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- EN CASO DE AMPLIACIÓN O EXTENSIÓN DEL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADOS Y EXÁMENES MÉDICOS, EN ORIGINAL O COPIA, QUE ACREDITEN CONTINUIDAD DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, EXPEDIDOS POR EL MÉDICO AFILIADO A LA EPS O ARP O MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL O MÉDICO AFILIADO A LA MEDICINA PREPAGADA DEL ASEGURADO.

18.3 PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AL ASEGURADO LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE SUGIERE QUE EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO POR ENFERMEDADES GRAVES, EL ASEGURADO ALLEGUE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN COMO LOS ÚNICOS MEDIOS DE PRUEBA PARA COMPROBAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO:

- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO O SU APODERADO.
- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- ORIGINAL O COPIA DEL DOCUMENTO EN EL CUAL SE REFLEJE EL VALOR ADEUDADO POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO Y EL VALOR DE LAS CUOTAS A PAGAR (PLAN DE PAGOS)

- 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 AFILIADO A LA EPS O ARP O

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL O MÉDICO AFILIADO A LA MEDICINA PREPAGADA DEL ASEGURADO. EL MÉDICO O ESPECIALISTA QUE EMITA EL DICTAMEN NO PODRÁ SER FAMILIAR EN TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y SEGUNDO DE AFINIDAD DEL ASEGURADO.

- EXÁMENES QUE COMPRUEBAN EL PADECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (BIOPSIA, RADIOGRAFÍAS, ETC.)

18.4 PARA EL AMPARO DE 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.

18.5 PARA EL AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- COPIA DEL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN.

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.

19. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA.

EL ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DEL RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES 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 INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INculpABLE DEL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO EL ASEGURADOR SÓLO ESTARÁ OBLIGADO, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA 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.

20. FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ESTARÁ OBLIGADO 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, EL ASEGURADOR 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 CONTRATO DE REASEGURO NO MODIFICA EL CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADOR, Y LA OPORTUNIDAD DE PAGO DE ESTE, EN CASO DE SINIESTRO, NO PODRÁ DIFERIRSE A PRETEXTO DEL REASEGURO.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO TENDRÁN DERECHO A DEMANDAR, EN EL LUGAR DE LOS INTERESES A QUE SE REFIERE EL INCISO ANTERIOR, LA INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS CAUSADA POR LA MORA DEL ASEGURADOR.

21. MÉRITO EJECUTIVO DE LA PÓLIZA.

LA PÓLIZA PRESTARÁ MÉRITO EJECUTIVO CONTRA EL ASEGURADOR, POR SÍ SOLA, TRANSCURRIDO UN MES CONTADO A PARTIR DEL DÍA EN EL CUAL EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO O QUIEN LOS REPRESENTA, ENTREGUE AL ASEGURADOR LA RECLAMACIÓN APAREJADA DE LOS COMPROBANTES QUE, SEGÚN LAS CONDICIONES DE LA CORRESPONDIENTE PÓLIZA, SEAN INDISPENSABLES PARA ACREDITAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO, SIN QUE DICHA RECLAMACIÓN SEA OBJETADA DE MANERA SERIA Y FUNDADA.

22. PRESCRIPCIÓN.

LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES QUE SE DERIVAN DEL CONTRATO DE SEGURO O DE LAS DISPOSICIONES QUE LO RIGEN PODRÁ SER ORDINARIA O EXTRAORDINARIA.

LA PRESCRIPCIÓN ORDINARIA SERÁ DE DOS AÑOS Y EMPEZARÁ A CORRER DESDE EL MOMENTO EN QUE EL INTERESADO HAYA TENIDO O DEBIDO TENER CONOCIMIENTO DEL HECHO QUE DA BASE A LA ACCIÓN.

LA PRESCRIPCIÓN EXTRAORDINARIA SERÁ DE CINCO AÑOS, CORRERÁ CONTRA TODA CLASE DE PERSONAS Y EMPEZARÁ A CONTARSE DESDE EL MOMENTO EN QUE NACE EL RESPECTIVO DERECHO.

ESTOS TÉRMINOS NO PUEDEN SER MODIFICADOS POR LAS PARTES.

23. AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, AUTORIZAN A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS, SUMINISTRE INFORMACIÓN ENTRE COMPAÑÍAS ASEGURADORAS, CONSULTA O TRANSFERENCIA DE DATOS, CON CUALQUIER AUTORIDAD QUE LO REQUIERA EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR, CONSULTE, INFORME, GUARDE EN SUS ARCHIVOS Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO QUE CONSIDERE NECESARIO O A CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RESULTA DE TODAS LAS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE Y BAJO CUALQUIER



MODALIDAD SE LE HAYA OTORGADO O SE LE OTORQUE EN EL FUTURO, ASÍ COMO SOBRE NOVEDADES, REFERENCIAS Y MANEJO DE LA PÓLIZA Y DEMÁS SERVICIOS QUE SURJAN DE ESA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARAN CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES.

24. AVISO AL ASEGURADOR.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARÁN OBLIGADOS A DAR NOTICIA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. ESTE TÉRMINO PODRÁ AMPLIARSE, MAS NO REDUCIRSE POR LAS PARTES.

EL ASEGURADOR NO PODRÁ ALEGAR EL RETARDO O LA OMISIÓN SI, DENTRO DEL MISMO PLAZO, INTERVIENE EN LAS OPERACIONES DE SALVAMENTO O DE COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

25. SUSPENSIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PODRÁ SUSPENDER TRANSITORIAMENTE EL ANÁLISIS DE UNA RECLAMACIÓN CUANDO LA MISMA CAREZCA DE LA DOCUMENTACIÓN Y/O INFORMACIÓN SOLICITADA DURANTE EL PROCESO DE RECLAMACIÓN Y PREVIAMENTE ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE CONDICIONADO.

ESTA SUSPENSIÓN SERÁ INFORMADA AL RECLAMANTE CON LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA LA CONTINUACIÓN DEL ANÁLISIS.

ASÍ MISMO CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTO O INFORMACIÓN ADICIONAL DE CONFORMIDAD CON LA DOCUMENTACIÓN ENUNCIADA EN LAS PRESENTES CONDICIONES QUE SEA NECESARIA PARA PODER DETERMINAR LA OCURRENCIA O LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO ASÍ COMO SU CUANTÍA.

26. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

EL ASEGURADO, AL SOLICITAR O AUTORIZAR LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, MANIFIESTA

QUE TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA A TRAVÉS DE LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE ES VERAZ Y COMPROBABLE, Y AUTORIZA EXPRESAMENTE PARA LOS FINES DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PARA EFECTUAR TODO TRATAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL, NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS DEBERES LEGALES Y CONTRACTUALES PUDIENDO, ENTRE OTROS, REVELAR BAJO SU RESPONSABILIDAD INFORMACIÓN A TERCEROS TALES COMO PROVEEDORES TECNOLÓGICOS, OPERADORES LOGÍSTICOS O REASEGURADORES EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR CUANDO ELLO SE HAGA INDISPENSABLE, PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE SEGURO O PARA CUALQUIER OPERACIÓN QUE LES RESULTE AFÍN, COMPLEMENTARIA O ASOCIADA.

EL ASEGURADO SE OBLIGA A INFORMAR OPORTUNAMENTE TODO CAMBIO Y/O ACTUALIZACIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL SUMINISTRADA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ASÍ MISMO, SE INFORMA AL ASEGURADO QUE PUEDE CONOCER, ACTUALIZAR O MODIFICAR SUS DATOS O ACCEDER A POLÍTICAS, EN WWW.CARDIF.COM.CO ENLACE "PRIVACIDAD" O EN EL [TEL:\(1\)7444040](tel:(1)7444040), E-MAIL CONTACTO@CARDIF.COM.CO. DONDE APLIQUE NO ES OBLIGATORIO REVELAR DATOS SOBRE ORIENTACIÓN POLÍTICA, SEXUAL, RELIGIOSA, FILOSÓFICA, RAZA, O DE MENORES.

27. AVISO DE PRIVACIDAD:

AVISO DE PRIVACIDAD. CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. UTILIZA SUS DATOS PARA LA EMISIÓN DEL(LOS) SEGURO(S) SOLICITADOS Y PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES. RECUERDE QUE USTED PUEDE SOLICITAR CONOCER, ACTUALIZAR O MODIFICAR SUS DATOS PERSONALES LLAMANDO A LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE SEÑALADA EN ESTE FORMULARIO, ESCRIBIENDO A LA CALLE 113 NO.7-80 PISO 11 TORRE AR (BOGOTÁ D.C.) O AL E-MAIL: CONTACTO@CARDIF.COM.CO. PARA CONOCER LAS POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS CONSULTE WWW.CARDIF.COM.CO ENLACE "PRIVACIDAD". USTED NO ESTÁ OBLIGADO A REVELAR DATOS SOBRE



ORIENTACIÓN POLÍTICA, SEXUAL, RELIGIOSA,
FILOSÓFICA, RAZA, O DE MENORES.

28. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.

PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD Y DIRECCIÓN INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

29. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO.

DEFENSOR PRINCIPAL. JOSÉ FEDERICO USTÁRIZ GONZÁLEZ.

DEFENSOR SUPLENTE. LUIS HUMBERTO USTÁRIZ GONZÁLEZ.

CORREOELECTRÓNICO:DEFENSORIACARDIF@USTARIZABOGADOS.COM

TELÉFONO: 6108161 y 6108164.

DIRECCIÓN: CARRERA 11A N° 96 - 51 OFICINA 203 EDIFICIO OFICITY, BOGOTÁ D.C.

HORARIO DE ATENCIÓN: 8:00 A.M. A 6:00 P.M.

JORNADA CONTINUA.

29.LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

- A NIVEL NACIONAL: 018000 960011

- BOGOTÁ D.C.: 745553

- atencionsiniestros@cardif.com.co

- A TRAVÉS DE WHATSAPP, ESCRIBIÉNDONOS A LA LÍNEA DE ATENCIÓN 3124168684

ASEGURADOR

**CARDIF COLOMBIA SEGUROS
GENERALES S.A**