

# PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

## Microfinanzas

SEÑOR(A) ASEGURADO(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

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales el asegurado muera por cualquier causa.

##### IMPORTANTE

- El Asegurado debe fallecer dentro de la vigencia de la póliza.
- La muerte por suicidio no estará cubierta durante el primer año de vigencia de la póliza.
- Se incluye VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) desde el inicio de la vigencia de la póliza.

#### 1.2. AUXILIO FUNERARIO (RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE MUERTE)

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del beneficiario una renta de libre destinación en aquellos casos en los cuales el asegurado muera por cualquier causa.

##### IMPORTANTE

- El Asegurado debe fallecer dentro de la vigencia de la póliza.
- La muerte por suicidio no estará cubierta durante el primer año de vigencia de la póliza.
- El valor asegurado de esta cobertura se reconoce, siempre y cuando se reconozca el pago indemnizatorio de la cobertura de muerte por cualquier causa.

#### 1.3. GASTOS MÉDICOS POR MATERNIDAD Y GASTOS MÉDICOS DE RECIÉN NACIDO

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del asegurado el pago indemnizatorio por concepto de Gastos Médicos por Maternidad y Gastos Médicos de Recién Nacido, en caso de que su cónyuge o compañera permanente de a luz y su embarazo haya ocurrido con posterioridad a partir del día **91** desde el inicio de vigencia.

##### IMPORTANTE

- Se cubre 1 evento al año de vigencia.
- El derecho a la indemnización se configurará una vez el asegurado demuestre el nacimiento del hijo(a).

#### 1.4. AUXILIO LIBRE DESTINACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del asegurado la suma asegurada, en aquellos casos en que 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

- Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, la fecha determinada en el momento en que la persona evaluada alcance 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 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.

#### 1.5. CANASTA FAMILIAR EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del beneficiario una renta de canasta familiar en aquellos casos en los cuales el Asegurado muera por cualquier causa.

##### IMPORTANTE

- El Asegurado debe fallecer dentro de la vigencia de la póliza.
- Se incluye VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), homicidio, terrorismo y embriaguez desde el inicio de la vigencia de la póliza.
- El valor asegurado de esta cobertura se reconoce, siempre y cuando se reconozca el pago indemnizatorio de la cobertura de muerte por cualquier causa.

## ECOSISTEMAS

Ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a disfrutar de manera más amplia los beneficios de su seguro. Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros. El alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado.

Para mayor información sobre los servicios ingrese a nuestra página web [www.tucamposeguro.com](http://www.tucamposeguro.com) o comuníquese con nuestras líneas de atención en Bogotá al (601) 7423195 o Resto del país 018000935936 (Siempre marcando la opción 5).

## 2. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA

Estas exclusiones le son aplicadas a todas las coberturas que hacen parte del presente seguro:

- 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.
- Suicidio e intento de suicidio dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia del seguro.
- Accidentes y/o enfermedades ocurridos y/o diagnosticadas con anterioridad al inicio de la vigencia del seguro.

## 3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

En adición a la Fotocopia del documento de identidad y el Formato para Declaración de Siniestros, el reclamante está obligado a probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos, sin perjuicio de otros que considere pertinentes.

### MUERTE POR CUALQUIER CAUSA / AUXILIO FUNERARIO / CANASTA FAMILIAR EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

Copia del registro de defunción.

En caso de Muerte Accidental, copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha de accidente y datos del Tomador o certificación de la institución médica en la cual conste que la muerte fue accidental.

### GASTOS MÉDICOS POR MATERNIDAD Y GASTOS MÉDICOS DE RECIÉN NACIDO

Epicrisis de la atención de parto o cesárea.

Registro civil de matrimonio o declaración extrajuicio de unión marital de hecho.

Ecografía de cualquier periodo de gestación.

### AUXILIO DE LIBRE DESTINACION EN CASO 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.

Cardif Colombia Seguros Generales S.A. podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación.

## 4. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

1

Complete los documentos

2

Radique a través de WhatsApp, escribiendo a la línea de atención 3124168567. Al correo electrónico [atencionsiniestros@cardif.com.co](mailto:atencionsiniestros@cardif.com.co) o en la oficina del banco

3

Nos contactaremos con usted para informarle la resolución del caso.

Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación, la definición se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.

## 5. DEFINICIONES

---


Por favor preste atención a las siguientes definiciones y palabras claves:

**ASEGURADO** Es la persona titular del producto financiero (Microfinanzas).

**BENEFICIARIO** Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación:

Para Muerte por Cualquier Causa, Muerte Accidental, Auxilio Funerario y Canasta Familiar en caso de Muerte por Cualquier Causa: Los beneficiarios designados o los de ley.

Para Canasta Familiar en Caso de Incapacidad Total Permanente, Gastos Médicos por Maternidad y Gastos Médicos de Recién Nacido, Gastos Médicos por Accidente, Desmembración Accidental, Renta Diaria por Hospitalización, Renta Diaria por Hospitalización UCI: El asegurado.



Firma Autorizada Cardif Colombia Seguros Generales S.A. NIT 900.200.435-3

**CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. SE COMPLACE EN TENERLO COMO CLIENTE.**

Esta póliza se compone de (i) las condiciones las cuales están registradas en la Superintendencia Financiera de Colombia y (ii) el certificado individual. En lo no previsto en este documento se regirá por el Código de Comercio.

Código de Condicionado: 25/07/2022-1344-P-34-1800CARDIF1864VG-0R00

Código Nota Técnica: 29/03/2022-1344-NT-P-34-S340000MCNANA030