

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO Y ACCIDENTES PERSONALES

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 natural o accidental.

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 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 este auxilio se reconoce, siempre y cuando se reconozca el pago indemnizatorio de la cobertura de muerte natural o accidental.

1.6. MUERTE ACCIDENTAL

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales usted muera a consecuencia de un accidente.

IMPORTANTE

- El Asegurado debe fallecer dentro de la vigencia de la póliza.
- Se cubrirá la muerte que ocurra dentro de los 180 días siguientes de la ocurrencia del accidente.
- Se cubrirán los accidentes ocurridos dentro de la vigencia de este seguro y se incluye homicidio desde el inicio de la vigencia de la póliza.

1.7. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del asegurado una renta diaria por hospitalización, si es internado en una clínica u hospital.

IMPORTANTE

- Se amparan máximo 20 días de hospitalización por año.
- Se cubre a partir del segundo día de hospitalización.

1.8. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN UCI

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del asegurado una renta diaria por hospitalización, si es internado en una Unidad de Cuidados Intensivos UCI, de cualquier clínica u hospital.

IMPORTANTE

- Se amparan máximo 10 días de hospitalización por año.
- Se cubre a partir del segundo día de hospitalización.

1.9. ENFERMEDADES GRAVES

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del asegurado el pago del valor asegurado, si dentro de la vigencia del seguro es diagnosticado con alguna de las siguientes Enfermedades Graves o si le es practicado alguno de los siguientes procedimientos.

1.9.1. 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	Cáncer de piel no Melanoma.
3	Cánceres o tumores diagnosticados como benignos, pre malignos.	4	Policitemia Vera, Trombocitemia esencial, Condilomas planos, Displacias.

1.9.2. Infarto Agudo de Miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón.

1.9.3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardíaca.

1.9.4. Accidente Cerebrovascular Isquémico y/o Hemorrágico.

1.9.5. Insuficiencia Renal Crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal.

1.9.6. Esclerosis Múltiple.

1.9.7. 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 a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Tu diagnóstico debe ser emitido por su EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada o Póliza de Salud. Se ampara únicamente el primer diagnóstico de cada una de las Enfermedades Graves cubiertas ocurrido durante la vigencia del seguro.

1.10. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del Asegurado un auxilio para atender los gastos médicos en el evento de que el asegurado sufra un accidente.

IMPORTANTE

- Se amparan los eventos que ocurran a partir del día 91 desde el inicio de vigencia.

1.11. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del asegurado el pago de la indemnización, en aquellos casos en los que a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro, usted sufre una desmembración o pérdida de cualquiera de los siguientes órganos:

PÉRDIDAS QUE GENERAN EL RECONOCIMIENTO DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO

PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN.

PÉRDIDA TOTAL O DAÑO IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS.

PÉRDIDA TOTAL O DAÑO IRREPARABLE DE UNA MANO Y UN PIE.

PÉRDIDA TOTAL DE UN OJO IRREPARABLE DE UN PIE Y UNA MANO.

PÉRDIDA DE TODOS LOS DEDOS DE AMBAS MANOS INCLUYENDO LA TOTALIDAD DE SUS FALANGES.

PÉRDIDA DEL HABLA Y PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN.

PÉRDIDAS QUE GENERAN EL RECONOCIMIENTO DEL 60% DEL VALOR ASEGURADO

PÉRDIDA DE UN OJO.

PÉRDIDA DE LA TOTALIDAD DE DEDOS DE UNA MANO.

PÉRDIDA COMPLETA E IRREVOCABLE DE LA VISIÓN DE UN OJO.

PÉRDIDAS QUE GENERAN EL RECONOCIMIENTO DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO

PÉRDIDA COMPLETA E IRREVOCABLE DE UNA O MÁS FALANGES DE UN DEDO DEL PIE O UN DEDO DE LA MANO.

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 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

- 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 / MUERTE ACCIDENTAL

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 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.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN / RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN UCI

Historia clínica o epicrisis con fecha de ingreso y egreso de la hospitalización.

ENFERMEDADES GRAVES

Historia clínica y en caso de cáncer los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Historia clínica completa y legible con fecha de ingreso – egreso con hora de salida.

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Historia clínica donde se indique el diagnóstico de desmembración del asegurado o copia de certificados médicos de ingreso a entidad hospitalaria donde certifican la ocurrencia del hecho que origina la desmembración.

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 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 Incapacidad Total y Permanente, 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 registrará por el Código de Comercio.

Código de Condicionado: 25/07/2022-1344-P-34-1800CARDIF1866VG-0R00

Código de Nota Técnica: 29/03/2022-1344-NT-P-34-C343100MCMANA03035