

SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CON ANEXOS DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y ENFERMEDADES GRAVES

CLIENTES CUPO NO ROTATIVO – CREDICOMPRAS*

*Aplica sólo para créditos de la línea Credicompras desembolsados entre 01/04/2019 hasta el 31/12/2020

CONDICIONES

Señor asegurado, 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

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

¿Qué características tiene esta cobertura?

1	Aplica si el fallecimiento ocurre dentro de la vigencia de la póliza.	4	Incluye suicidio y homicidio desde el inicio de vigencia de la póliza, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
2	Se requiere que exista un saldo insoluto en la deuda del crédito otorgado por TUYA S.A. para que se pueda proceder a realizar la respectiva indemnización.	5	Incluye Muerte por SIDA y VIH.
3	Se cubren las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado, siempre y cuando el crédito sea inferior a 150 SMMLV y el asegurado sea menor a 89 años + 364 días.		

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

1	Muerte causada por enfermedades, lesiones, padecimientos o tratamientos médicos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del seguro siempre y cuando el asegurado no lo haya declarado y los cuales no se encuentren dentro del amparo automático del seguro, así como cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia.	2	Hechos Ciertos.
---	--	---	-----------------

1.2. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

¿Cual es el Objetivo de esta cobertura? 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 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%).

¿Qué características tiene esta cobertura?

1	Se entenderá ocurrida la invalidez al momento de su estructuración, esto es, la fecha en que la persona evaluada alcance el 50% de pérdida de capacidad laboral u ocupacional.	4	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	Se incluye VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), y SIDA desde el inicio de la vigencia de la póliza.	5	Incluye tentativa de suicidio, homicidio y terrorismo desde el momento mismo en que se inicia la cobertura individual para cada asegurado, adicionalmente la desmembración o inutilización por accidente o por enfermedad.
3	Se cubren las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado, siempre y cuando el crédito sea inferior a 150 SMMLV y el asegurado sea menor a 89 años + 364 días.	6	Lesiones que hayan sido provocadas a sí mismo por el asegurado estando o no en uso de sus facultades mentales.

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

1	Enfermedades, lesiones, padecimientos o tratamientos médicos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del seguro siempre y cuando el asegurado no lo haya declarado y los cuales no se encuentren dentro del amparo automático del seguro, así como cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia, y los cuales no se encuentren dentro del amparo automático del seguro.	3	Accidentes o lesiones padecidos por el asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
2	Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.	4	Hechos ciertos.

1.3. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

¿Cuál es el Objetivo de esta cobertura? Si es empleado, la aseguradora reconocerá una indemnización en caso que el asegurado sea despedido o pierda su empleo sin justa causa; el reconocimiento de la presente cobertura es excluyente respecto de aquel correspondiente a la prevista en el numeral 1.4.

¿Qué características tiene esta cobertura?

1	El asegurado debió haber tenido un contrato a término fijo o indefinido con su empleador.	3	Al momento de la terminación de su relación laboral, se le debió haber reconocido el pago de una bonificación o indemnización.
2	También cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Empleados con Contrato Verbal. • Empleados con Contrato de Obra o Labor Contratada. • Fuerzas Militares • Pensionados con ingreso adicional a su mesada pensional en virtud de una nueva vinculación laboral a través de las modalidades de contratación amparadas bajo esta cobertura. 	4	<ul style="list-style-type: none"> • Empleados públicos en 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.

5	Haber completado más de 6 meses o 180 días continuos trabajando. En los casos de cambio de empleo, se tendrá en cuenta esta condición siempre y cuando el tiempo entre un empleo y otro no se supere 8 días calendario y el asegurado no haya sido despedido el alguno de dichos empleos.	6	Una vez presentada una reclamación por desempleo deben transcurrir nuevamente 6 meses como empleado para poder presentar una nueva reclamación.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo de Carencia: 30 Días • Periodo Activo Mínimo después de un siniestro: 6 meses. 	8	Número de Eventos a Indemnizar durante la vigencia: Ilimitado.

¿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, contratos por obra o labor inferiores a un año.
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 efectúe 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. No se incluyen en este amparo personas cubiertas bajo el amparo de incapacidad total temporal.
13. Trabajadores de su propia empresa.
14. Pensionados que no perciban un ingreso adicional a su mesada pensional.
15. Trabajadores independientes.
16. Para los contratos en provisionalidad no se cubre la terminación con ocasión al nombramiento en propiedad del cargo en carrera administrativa ni por la terminación del servicio prestado.
17. Contratos por prestación de servicios.
18. Hechos ciertos.

1.4. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

¿Cual es el Objetivo de esta cobertura? Si el asegurado es independiente (amas de casa, estudiantes, pensionados, personas contratadas bajo la modalidad de prestación de servicios, personas contratadas bajo la modalidad de contratos en misión, personas contratadas bajo la modalidad de contratos por obra o labor, microempresarios y contratistas), la aseguradora reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada en caso de sufrir un accidente o enfermedad que le impida realizar sus actividades y sea incapacitado total y temporalmente; el reconocimiento de la presente cobertura es excluyente respecto de aquel correspondiente a la prevista en el numeral 1.3.

¿Qué características tiene esta cobertura?

1	La certificación de la incapacidad debe ser emitida por el médico de la EPS, régimen subsidiado de salud, ARL, Medicina Prepagada, plan adicional o complementario de salud o póliza de salud a la cual el asegurado se encuentre afiliado o médico independiente licenciado en Colombia.	2	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo de Carencia: 30 Días. • La incapacidad debe tener una duración igual o superior a quince (15) días corrientes continuos y siempre y cuando ésta incapacidad no haya sido causada por su propia voluntad.
3	Se cubren las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado, siempre y cuando el crédito sea inferior a 150 SMLMV y el asegurado sea menor a 89 años + 364 días.	4	Número de Eventos a Indemnizar durante la vigencia: Ilimitado.



La indemnización se realizará de acuerdo con la siguiente tabla de días de incapacidad:

DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE CUOTAS MENSUALES A APLICAR
DESDE 15 – HASTA 44 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1
DESDE 45 – HASTA 74 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2
DESDE 75 – HASTA 104 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3
DESDE 105– 134 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4
DESDE 135 - 164 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	5
DESDE 165 - 194 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	6
DESDE 195 - 224 DIAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	7
DESDE 225 - 254 MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	8
DESDE 255 - 284 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	9
DESDE 285 O MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	10

IMPORTANTE:

Si el asegurado presenta una nueva incapacidad total temporal dentro de los cinco (“05”) días siguientes a la incapacidad reportada previamente; ésta se considera como una recaída y se tomará como parte del primer evento de acuerdo con la tabla de días de incapacidad. Lo anterior, siempre y cuando la nueva incapacidad tenga relación directa de causalidad con la patología que originó la incapacidad reportada previamente; Por el contrario si usted como asegurado presenta una nueva incapacidad temporal después de transcurridos cinco (“05”) días desde la última incapacidad temporal reportada.

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

1. Licencias de maternidad o licencias de paternidad.
2. Los integrantes de las fuerzas militares y de policía.
3. Enfermedades, lesiones, padecimientos o tratamientos médicos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del seguro siempre y cuando el asegurado no lo haya declarado y los cuales no se encuentren dentro del amparo automático del seguro, así como cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia y los cuales no se encuentran dentro del amparo automático del seguro.
4. Personas cubiertas bajo el amparo de desempleo.
5. Los eventos o situaciones generados como consecuencia de intento de suicidio.
6. Hechos ciertos.

1.5. ENFERMEDADES GRAVES

¿Cual es el Objetivo de esta cobertura? Reconocer una suma asegurada para cubrir todas las necesidades en el caso en que al asegurado (“usted”) le sea diagnosticado o se le manifieste por primera vez alguna de las catorce (14) enfermedades graves o los procedimientos que se mencionan a continuación. Por favor tenga en cuenta que cualquier enfermedad o procedimiento distinto al enunciado no estará cubierto:

IMPORTANTE

- Las siguientes enfermedades y/o procedimientos deben estar certificados por un médico de la EPS, régimen subsidiado de salud, ARL, plan adicional de salud o póliza de salud a la cual el asegurado (“usted”) se encuentre afiliado o por un médico independiente licenciado en Colombia.
- Solo cubrimos diagnósticos a partir del día 31 desde el inicio de vigencia de este seguro.

1.5.1 Cáncer Se cubrirá el cáncer a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna. Cabe resaltar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer durante la vigencia de la póliza, esto incluye las metástasis de esta primera manifestación. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a CARDIF no será cubierta por este seguro.

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

1 Cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno.

2 Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, pre malignos con potencial bajo de malignidad, o no invasivos.

3	Virus del papiloma humano.	8	Condilomas planos.
4	Displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III.	9	Policitemia vera y trombocitopenia esencial.
5	Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de "Gleason" con un grado menor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase t2n0m0 según la clasificación de AJCC sexta edición clasificación TMN.	10	Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH que sea certificado por un médico licenciado en Colombia, incluyendo el linfoma o sarcoma de Kaposi.
6	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.	11	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.
7	Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la sexta edición de AJCC clasificación TMN como tal o una clasificación equivalente siempre y cuando no exista metástasis.	12	Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

1.5.2 Infarto al 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 aporte deficiente a la zona respectiva.

El infarto del miocardio que ocurre dentro de los catorce (14) días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de las arterias coronarias, angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardiaca mostrados en las imágenes cardiacas treinta (30) días después del procedimiento coronario.

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

1	La insuficiencia cardiaca.	4	Dolor torácico no cardiaco.
2	Angina.	5	Angina inestable.
3	Miocarditis y Pericarditis.	6	lesión traumática al miocardio.

1.5.3 Cirugía de Bypass Coronario: Es la cirugía de una 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. La enfermedad y la cirugía de by pass coronario deben diagnosticarse y llevarse a cabo dentro de la vigencia de la presente póliza.

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

1	La angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.	2	La cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.
3	La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardiaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotatable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales.		

1.5.4 Enfermedad Cerebrovascular: Corresponde a la embolia cerebral que 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.

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

1	Migraña.	6	Lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia.
2	Enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico.	7	Trastornos isquémicos del sistema vestibular.
3	Accidentes cerebro vasculares post-traumáticos.	8	Ataques isquémicos transitorios (AIT).
4	Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.	9	Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.
5	Enfermedades cerebrovasculares transitorias isquémicas.	10	Embolia cerebral silente asintomática encontrada en imágenes.

1.5.5 Insuficiencia Renal Crónica : La insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones o la continua diálisis renal de dos tipos (i) hemodiálisis o (ii) diálisis peritoneal, deberá ser institucionalizada y considerada médicamente necesaria, por un nefrólogo certificado.

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

1	La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria.	2	Insuficiencia Renal Singular.
----------	--	----------	-------------------------------

1.5.6 Esclerosis Múltiple: Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado, evidenciadas por síntomas típicos de afectación de las funciones sensoriales y motoras y cuya progresión haya producido deterioro incapacitante significativo en las funciones básicas y esenciales para la independencia, pero que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

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

1	Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico.	2	Infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.
----------	--	----------	--

1.5.7 Trasplante de Órganos Mayores: Para los efectos de esta cobertura se entiende por trasplante de un órgano vital el que se vaya a realizar o se haya realizado el asegurado como receptor del trasplante de un órgano proveniente de un donante humano fallecido o vivo, para los siguientes órganos: (i) corazón, (ii) pulmón, (iii) hígado, (iv) riñón, (v) médula ósea o (vi) 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.

Será requisito indispensable para el pago de la indemnización:

- 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 de que el trasplante se realice.
- En el caso que ya se haya realizado el trasplante, éste 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.

- La enfermedad que da lugar al trasplante de órganos mayores debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza.
- El trasplante de órgano del cual sea candidato o ya se haya practicado el asegurado, deberá ejecutarse de acuerdo con las normas de donación y trasplante de órganos establecidos en Colombia.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación, deberán contener los soportes médicos respectivos.

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

1	La cobertura sólo comprende el trasplante de todo el órgano descrito en el presente amparo y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de islotes de Langerhans y glóbulos hepáticos o pulmonares.	2	Trasplante autólogo de médula
----------	---	----------	-------------------------------

1.5.8 Quemaduras Graves (Gran Quemado): Quemaduras de tercer grado que cubran al menos un 20% del área de superficie del cuerpo del asegurado. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de la carta de LUND BROWDER o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

1.5.9. Estado de coma: Estado de inconsciencia sin reacciones o respuestas a estímulos externos o necesidades internas, persistiendo continuamente con el uso de sistemas de soporte de la vida por un periodo de al menos 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses.

1.5.10. Anemia aplásica: Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

- a. Transfusión de productos de sangre.
- b. Estimulantes de la médula ósea.
- c. Agentes inmunosupresores.
- d. Trasplante de médula ósea.

1.5.11. Traumatismo mayor de cabeza: Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los tests neuroradiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro). El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

1.5.12. Enfermedad de Alzheimer

Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

1.5.13. Leucemia

Es el cáncer en la sangre que comienza en la médula ósea, el tejido blando que se encuentra en el centro de los huesos, donde se forman las células sanguíneas.

1.5.14 Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas), confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

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

1. Tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
2. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.
3. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
4. Se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza.
5. Angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial, así como el tratamiento láser, operaciones de válvula, operaciones por tumoración intracardiaca o alteración congénita.
6. Cualquier enfermedad que no se encuentre expresamente enunciada dentro de la cobertura del amparo de enfermedades graves.
7. El estado de coma provocado por el abuso de alcohol, tóxico o drogas no prescritas por un médico.
8. Cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia.
9. Hechos Ciertos.

2. EXCLUSIONES GENERALES “APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS”

1	Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a La ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, terrorismo y conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego, a excepción de la cobertura de Muerte.	5	Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
2	Cualquier condición relaciona con el SIDA o VIH, a excepción de la cobertura de Muerte e ITP.	6	Accidentes o lesiones padecidos por el asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
3	El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación, a excepción de las coberturas de Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total Permanente.	7	Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación y polo, a excepción de las coberturas de Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total Permanente.
4	Padecimientos congénitos, anomalías congénitas como los aneurismas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas, a excepción de las coberturas de Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total Permanente.	8	<ul style="list-style-type: none">• Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.• Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento.

3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación usted o a sus beneficiarios les corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro, para lo cual podrá presentar los documentos mencionados a continuación u otro que usted considere pertinente.

Por favor tenga en cuenta los documentos que aplican al tipo de cobertura:

	Muerte por cualquier causa	Incapacidad total y permanente	Desempleo Involuntario	Incapacidad total y temporal	Enfermedades Graves
Formulario de declaración de siniestros	X	X	X	X	X
Fotocopia legible del documento de identidad del asegurado	X	X	X	X	X
Registro Civil o notarial de defunción.	X				
En caso de muerte presunta se adjuntará copia autenticada de sentencia debidamente ejecutoriada donde se indique la presunta fecha de muerte.	X				
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 la disminución.		X			
Documento que demuestra la clase de contrato y causa de terminación de la relación laboral o carta de despido.			X		
Documento en que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.			X		
Certificado de médico licenciado que acredite la incapacidad total temporal.				X	
Historia clínica o epicrisis que acredite el motivo de la incapacidad total temporal, solo aplica para las incapacidades que no están refrendadas por la EPS.				X	
Historia clínica completa del asegurado.					X
Resultados de exámenes practicados (pruebas confirmadas) para cada una de las enfermedades Graves cubiertas en la presente póliza.					X

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ("CARDIF") podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir la reclamación.

Con el objetivo de simplificar la reclamación, la definición del siniestro se hará dentro de los 10 días hábiles siguientes a que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y cuantía del mismo en los términos del Artículo 1077 del Código de Comercio.

4. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

Cuando cuente con los documentos para la reclamación, le solicitamos entregar dicha documentación en los centros de atención de Tarjeta Alkosto ubicados en los principales almacenes ALKOSTO de su ciudad de residencia.

Una vez enviada la documentación completa CARDIF procederá a resolver la reclamación.

5. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 89 años y 364 días.
- Edad máxima de permanencia: Hasta que se termine el crédito, el contrato que dio origen al otorgamiento del cupo rotativo de crédito, según corresponda y el asegurado cancele el saldo de la deuda con el tomador.

6. VIGENCIA

La vigencia individual del seguro para cada deudor iniciará desde el momento en que TUYA haga 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.

7. VALORES ASEGURADOS

COBERTURA/ ANEXO	VALOR ASEGURADO
MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL.	VALOR DE LA DEUDA SIN SOBREPASAR EL VALOR DESEMBOLSADO DEL CRÉDITO AUTORIZADO POR TUYA S.A.
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	VALOR DE LA DEUDA SIN SOBREPASAR EL VALOR DESEMBOLSADO DEL CRÉDITO AUTORIZADO POR TUYA S.A.
DESEMPLEO INVOLUNTARIO	CINCO (5) CUOTAS MENSUALES CADA UNA DE CIENTO QUINCE MIL PESOS (\$110.000) MC/TE.
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.	HASTA DIEZ (10) CUOTAS MENSUALES CADA UNA DE CIENTO QUINCE MIL PESOS (\$110.000) MC/TE.
ENFERMEDADES GRAVES.	CINCO (5) CUOTAS MENSUALES CADA UNA DE CIENTO QUINCE MIL PESOS (\$110.000) MC/TE.

8. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, por favor preste atención a las siguientes definiciones:

1. ASEGURADO: En este seguro la persona asegurada será el titular del producto financiero.
2. BENEFICIARIO: Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación; para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa, Incapacidad Total y Permanente, Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal: TUYA S.A.
3. EDAD MÍNIMA DE INGRESO: Edad a partir de la cual una persona puede contratar el presente seguro.
4. EDAD MÁXIMA DE INGRESO: Edad hasta la cual una persona puede contratar el presente seguro.
5. EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro. Es importante tener en cuenta que una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el presente seguro se dará por terminado.
6. EXCLUSIONES: Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.
7. HECHOS CIERTOS Evento o circunstancia en el cual el asegurado tiene la certeza de su ocurrencia dentro de la vigencia de este seguro.
8. SINIESTRO: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
9. TOMADOR: Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.

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: Luis Humberto Ustáriz González.
- Correo Electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com
- Telefax: 6108161 y 6108164
- Dirección: Carrera 11ª #96 -51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C
- Horario de Atención: 8:00 am – 6:00 pm Jornada Continua.

10. LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

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

- A nivel nacional: 018000944888
- En Bogotá D.C: 7455420

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

Las condiciones actuales de esta póliza están registradas en la Superintendencia Financiera de Colombia. En todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el Código de Comercio.