



PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO Y ENFERMEDADES GRAVES CONDICIONES

Señor asegurado, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ("CARDIF") lo invita a conocer las condiciones del seguro adquirido por usted:

1. COBERTURAS

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales el asegurado muera por cualquier causa.

Nota:

- Las enfermedades o lesiones padecidas con antelación al inicio de vigencia del presente seguro no serán amparadas bajo esta cobertura.
- Se cubre el homicidio desde el inicio de vigencia de la póliza.

INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada, si el asegurado muere a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del presente seguro.

Nota: La muerte del asegurado deberá presentarse al momento del accidente o durante los 180 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

ENFERMEDADES GRAVES

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer una suma asegurada para cubrir todas sus necesidades en caso que al asegurado ("usted") le sea diagnosticado o se le manifieste por primera vez alguna de las 07 enfermedades graves o los procedimientos que se mencionan a continuación. Por favor tenga en cuenta que cualquier enfermedad o procedimiento distinto al enunciado no será 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.

Cáncer

Se cubrirá el cáncer a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna de acuerdo con la definición y demostración que se señala a continuación:



Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas de 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 linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico licenciado en Colombia, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico (“biopsia”) que confirme positivamente la presencia de un cáncer.

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)?

- (i) Leucemia linfocítica, (ii) Cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno, (iii) todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos con potencial bajo de malignidad, o no invasivos, (iv) todas las lesiones descritas como carcinoma “in situ”, (v) virus del papiloma humano, (vi) condilomas planos, (vii) displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III y (viii) las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera y trombocitopenia esencial, (ix) 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, (x) 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, (xi) 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, (xii) el cáncer de tiroides 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 y (xiii) 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.
- Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

Infarto del miocardio

Es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardíaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de un aporte 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, relevantes y caracterizados en el electrocardiograma EKG.
- Aumento del diagnóstico de las enzimas cardíacas.

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 cardíaca mostrados en las imágenes cardíacas treinta (30) días después del procedimiento coronario.

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

- (i) La insuficiencia cardiaca, (ii) dolor torácico no cardiaco, (iii) angina, (iv) angina inestable, (v) miocarditis, pericarditis y (vi) lesión traumática al miocardio.

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.

Importante: 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)?

Se encuentran excluidos de la cobertura los siguientes tratamientos, cirugías y/o procedimientos:

- La angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.
- La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardiaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales.
- Así mismo, está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

Enfermedad cerebro – vascular.

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.

La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) 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.

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

- No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de (i) migraña, (ii) lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia, (iii) una enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, (iv) las alteraciones isquémicas del sistema vestibular, (v) 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 nervio óptico o retina.
- Trastornos isquémicos del sistema vestibular.
- Embolia cerebral silente asintomática encontrada en imágenes.



Insuficiencia renal crónica

La enfermedad que se presenta en su etapa final como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, que hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante renal.

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)?

- La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular.

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.

Importante:

- 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 de que el trasplante 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 este 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.
- 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 el asegurado, se deberá ejecutar de acuerdo con las normas de donación y trasplante de órganos establecidos en Colombia y dentro del territorio nacional.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación, deberán contener los soportes médicos respectivos.

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

- 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.
- Trasplante autólogo de medula.



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)?

- Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

Otras exclusiones aplicables a la cobertura de enfermedades graves

- Tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- 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.
- Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- Padecimientos congénitos, anomalías congénitas como los aneurismas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- 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 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.
- Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- En ningún caso la compañía aseguradora pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad que haya sido conocida o diagnosticada al momento de la fecha de inicio de vigencia o de la toma o durante el periodo de carencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico. Se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza

RENTA MENSUAL POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF reconocerá a favor del asegurado, la suma asegurada, sí el asegurado recibe el diagnóstico de cualquiera de las siete (07) enfermedades cubiertas en la cobertura de enfermedades graves.

Nota:

- Esta renta será hasta por tres (03) meses.
- Se reconocerá la presente renta en cada uno de los siete (07) diagnósticos de las enfermedades cubiertas.

2. EXCLUSIONES

EXCLUSIONES GENERALES (“ EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS”)

- 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 y manipulación de explosivos o armas de fuego.
- 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.
- Enfermedades, lesiones, padecimientos o tratamientos médicos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como, cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.
- Cualquier hecho o evento conocido u ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro.
- Accidentes o lesiones padecidos por el asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
- Cualquier condición relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana.
- El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
- Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- 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, polo, y aquellas otras que se excluyan en el presente seguro.
- Padecimientos congénitos, anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
- Hechos ciertos.

2. DEFINICIONES

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

TOMADOR: Persona que por cuenta propio o ajena traslada el riesgo. En el presente caso el tomador es Cencosud S.A.

ASEGURADO: En este seguro la persona asegurada es la titular de la tarjeta de crédito de marca compartida Cencosud S.A. – Colpatria.

BENEFICIARIO: Persona que se beneficia de la indemnización, así:

- **Para las coberturas de Muerte por Cualquier causa y Muerte Accidental:** serán beneficiarios los designados o los de ley.
- **Para el anexo de Enfermedades Graves y la Renta mensual por Diagnóstico de Enfermedad Grave:** El asegurado.



EDAD MÁXIMA DE INGRESO: Edad hasta la cual una persona puede adherirse al presente seguro.

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.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: Edad a partir de la cual una persona puede adherirse al presente seguro.

EXCLUSIONES: Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.

METÁSTASIS: Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto al de su origen.

NEOPLASIA MALIGNA: Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

PERIODO DE CARENIA: Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza, este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia, quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura. Ejemplo: el periodo de carencia para la cobertura de enfermedades graves es de 90 días contados a partir del inicio de la póliza.

PRIMA: Precio del seguro

SINIESTRO: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.

3. EVENTOS A RECONOCER POR COBERTURA:

- Para las coberturas de Muerte por Cualquier Causa y Muerte Accidental: Un único evento.
- Para la cobertura de Enfermedades Graves y la renta mensual de diagnóstico de enfermedad grave: Se reconoce un evento por el primer diagnóstico de cada una de las 7 enfermedades cubiertas.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 64 años+364 días
- Edad máxima de permanencia: 65 años+364 días

5. VALORES ASEGURADOS

Importante:

- El valor asegurado se incrementará al momento de la renovación anual de la póliza hasta el porcentaje (%) equivalente al índice de precio al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el cierre del año calendario inmediatamente anterior.
- El aumento del valor asegurado operara a partir de la fecha en la cual se incrementa el valor de la prima.

6. PERIODO DE CARENANCIA

- Para las coberturas de Muerte por Cualquier causa y Muerte Accidental: No habrá periodo de carencia.
- Para la cobertura de Enfermedades Graves y renta mensual por diagnóstico de enfermedades graves: 90 días.

7. VIGENCIA DEL SEGURO

El seguro tendrá la siguiente vigencia:

Para seguros adquiridos al momento de la expedición de la tarjeta de crédito: El seguro entrará en vigencia a partir de la fecha de activación de la tarjeta de crédito. Esta vigencia será mensual, con renovación automática por un término igual al inicialmente pactado y hasta la terminación del producto financiero o hasta cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, salvo que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo, dándolo por terminado.

Para seguros adquiridos con posterioridad a la expedición de la Tarjeta de Crédito: El seguro entrará en vigencia a partir de la fecha en la cual el asegurado otorgue su consentimiento para su adhesión al contrato de seguro. Esta vigencia será mensual, con renovación automática por un término igual al inicialmente pactado y hasta la terminación del producto financiero o hasta cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, salvo que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo, dándolo por terminado.

8. VALOR DE LA PRIMA Y FORMA DE PAGO

8.2. VALOR DE LA PRIMA.

Importante: La prima se incrementará en el momento de la renovación anual del seguro, con base en los siguientes criterios:

- i) La compañía en las presentes condiciones, informa que el valor de la prima se incrementará hasta el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el año calendario inmediatamente anterior.

9. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

El valor de la prima del seguro será cargado mensualmente a la tarjeta de crédito.

10. MORA

La mora en el pago de la prima, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a CARDIF para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del seguro.

La información del párrafo anterior estará incluida dentro de la caratula de la póliza con caracteres destacados. Finalmente, lo dispuesto en este numeral no podrá ser modificado por las partes.



11. TERMINACIÓN.

El seguro podrá terminar cuando suceda cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cancelación del producto financiero (“tarjeta de crédito”) seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado.
5. Revocación unilateral, mediante noticia escrita de parte de CARDIF
6. Muerte del asegurado.

12. REVOCATORIA UNILATERAL

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes (“Por CARDIF o por el asegurado”).

En el caso en que CARDIF lo quiera revocar, deberá remitir un documento escrito dirigido a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación contados a partir de la fecha del envío; en este caso, el asegurado recuperará la prima no devengada, o sea la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del seguro.

Cuando el asegurado solicite la revocación del seguro, lo podrá realizar en cualquier momento, para ello será necesario que dirija a CARDIF su solicitud de revocación. En este caso, la cancelación será efectiva a partir del mes siguiente a su solicitud de revocación.

Importante: Por tratarse de un seguro de vigencia mensual, la cancelación o revocación se hará efectiva a partir del siguiente mes a la fecha de solicitud de revocación del seguro.

13. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, a usted como asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Por tal razón para afectar las coberturas descritas en este seguro será necesario que en cada reclamación se alleguen además del formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por usted, la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad y los siguientes documentos:

I. Para Muerte por Cualquiera Causa y Muerte Accidental:

- Registro civil o notarial de defunción. En caso de muerte presunta copia autenticada de sentencia debidamente ejecutoriada en la cual se indique la presenta fecha de muerte.

II. Para incapacidad total permanente y renta por canasta familiar en caso de incapacidad total permanente:

- Copia del dictamen de invalidez de la EPS, ARL, Colpensiones, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez en el que conste causa de la incapacidad y el porcentaje de pérdida de capacidad, así como, la historia clínica.

III. Para Enfermedades Graves y Renta mensual por Diagnóstico de Enfermedades Graves:

- 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 tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

Nota: CARDIF podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación, así mismo, cuando el asegurado o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

13.2. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN:

Cuando el asegurado o los beneficiarios cuenten con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por cualquiera de los siguientes medios:

- A través de cualquier de las sucursales de Cencosud.

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

14. DECLARACIÓN DEL ASEGURADOR SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, usted como 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. Si usted oculta o proporciona información inexacta sobre hechos o circunstancias que, conocidos por CARDIF, lo hubieren detenido de celebrar el seguro o inducido a aumentar el valor de la prima, se producirá la nulidad relativa de este seguro.

Si la inexactitud proviene de error inculpable, el seguro no será nulo, pero CARDIF sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la suma asegurada.

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.

15. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN

CARDIF podrá devolver una reclamación cuando la misma carezca de la documentación y/o información solicitada como prueba para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

Cuando se efectuó la devolución de la reclamación, se informará cuales son los documentos que se requieren para la resolución de la reclamación. En este evento, el reclamante podrá presentar una nueva solicitud con los respectivos documentos que acrediten la ocurrencia de las situaciones descritas en el presente seguro.

Nota: cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

16. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Usted como 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 y al tomador para efectuar todo tratamiento de su información personal, necesario para



el cumplimiento de sus deberes legales y contractuales pudiendo, compartir información del asegurado con el tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementaria o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior.

Para fines estadísticos y/o de valoración de riesgo el tomador y/o asegurado autorizan a CARDIF para efectuar consultas y reportes de su información personal dirigidos a centrales de riesgo financiero, a autoridades públicas competentes, y a organismos gremiales del sector financiero y asegurador, así como también a consultar fuentes de información disponible públicamente.

Usted en calidad de asegurado se obliga a informar oportunamente todo cambio y/o actualización e información personal suministrada a CARDIF el asegurado podrá conocer, actualizar o modificar sus datos comunicándose a la línea de atención o acceder a políticas, a través de la página web <http://www.bnpparibascardif.com.co> enlace "Protección de datos personales".

Donde aplique, y siempre que los mismos no resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro no será obligatoria la revelación de datos sobre orientación política, sexual, religiosa, filosófica, raza, de menores, o en todo caso datos legalmente considerados como sensibles.

17. 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 A.M. A 6:00 P.M. Jornada Continua.

18. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

Cualquier inquietud o duda, por favor comuníquese a las líneas de atención al cliente, CARDIF con gusto lo atenderá.
A NIVEL NACIONAL: 018000 967967
BOGOTÁ D.C: 7455552

**ASEGURADOR
CARDIF**

***Todo lo no previsto en este documento se rige por el Código de Comercio.**

CARDIF SE COMPLACE EN TENERLO A USTED COMO CLIENTE Y ESPERA QUE USTED SE SIENTA SATISFECHO CON LOS SERVICIOS OFERTADOS EN ESTE SEGURO.

Póliza de seguro de vida grupo e incapacidad total permanente, renta de canasta familiar, anexo de enfermedades graves, diagnóstico de cáncer femenino y diagnóstico de cáncer de próstata.

Versión 02

Código de condicionado: 04/12/2018-1344-P-34-0100CARDIF112CEN-0R00

Nota Técnica: 22/03/2018-1344-NT-A-34-22031834PEGS0001, 22/03/2018-1344-NT-P-34-22031834PMUE0001, 22/03/2018-1344-NT-A-34-22031834PMAC0001