



**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 LOS CONDICIONADOS, LOS CUALES SON PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGISTRARÁ POR LAS SIGUIENTES CLAUSULAS Y CONDICIONES.

1. COBERTURAS.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

O DE LA RENUNCIA NEGOCIADA.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS 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 DEL CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

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

- 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 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 HAYASIDOGENERADOPOREL ASEGURADO.
- PERSONAS VINCULADAS A TRAVÉS DE UNA EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES.
- CONTRATODEOBRAOLABOR CONTRATADA.



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 SUS 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 ARP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO O UN MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL.
- B) EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS CUOTAS DEL CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
- C) 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 COMOPARTE 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.

- D) 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:

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
135 o más días calendario consecutivos	5

*Corto Plazo: Créditos con duración entre 6 y 12 meses.
*Largo Plazo: Créditos con duración superior a 12 meses.

1.3. ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES EN CASO DE QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO, SEA DIAGNOSTICADO CON CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES PARA CADA UNA DE ELLAS, SIN PERJUICIO DE LO CONSAGRADO PARA EL EFECTO EN LAS EXCLUSIONES DE LA PRESENTE COBERTURA.

1) 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.

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.

2) 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 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 (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.

3) 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.

4) 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.

5) 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 TRANSPLANTE RENAL.

LA INSUFICIENCIA TOTAL, CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES O LA CONTINUADA 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.

6) 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 TIPOICO 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.

7) 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.

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 2.3 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:

- 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 DECUALQUIERTIPOYSUS 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 DEHOMICIDIODEL 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.

2.3. 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 KAPOSI. 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.

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 LAS SIGUIENTES DOLENCIAS: 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 ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTO Y/O CIRUGÍA: LA ANGLIOPLASTIA CON GLOBO. OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTÁN EXCLUIDOS LOS PROCEDIMIENTOS: LA ANGIOPLASTIA 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 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:

1. LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFLINGIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.
2. USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL.
3. RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
4. LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR EVENTOS EXTERNOS, BIEN SEAN ÉSTOS DE CARÁCTER VIOLENTO O ACCIDENTAL.
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.
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.

7. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
8. RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOS QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO.
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.
10. COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.
11. PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
12. INTOXICACIÓN O ENCONTRARSE EL ASEGURADO EN ESTADO DE EBRIEDAD, O BAJOSEFECTOSDECUALQUIER NARCÓTICO A MENOS QUE HUBIESE SIDO ADMINISTRADO POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA. ESTOS ESTADOS DEBERÁN SER CALIFICADOS POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
13. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOSDELOSNECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
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.
15. LOS 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.

16. NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.
17. 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.
18. ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
19. CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
20. EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS AL MOMENTO DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIADELA 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 educativo otorgado por Bancolombia S.A.

3.2. Beneficiario:

Para todos los amparos: Bancolombia S.A.

3.3. Créditos Corto Plazo: Se refiere a créditos educativos otorgados por Bancolombia S.A. con una duración entre los seis (6) y los doce (12) meses.

3.4. Créditos Largo Plazo: Se refiere a créditos educativos otorgados por Bancolombia S.A. con una duración superior a doce (12) meses.



Edad máxima de ingreso: Es la edad hasta la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede contratar la presente póliza de seguro.

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 la condición 15.

Edad mínima de ingreso: Es la edad a partir de la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede contratar la presente póliza de seguro.

Evento: todo hecho cuyas consecuencias estén garantizadas por algunas de las coberturas del objeto del seguro.

Exclusiones: Se refiere a todos aquellos hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el contrato de seguro, y que se encuentran expresamente indicados en las condiciones.

Periodo 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.

Periodo de Carencia: Corresponde al período mínimo de tiempo contado, por una única vez, desde el inicio de la primera 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 y el mismo no volverá a ser contabilizado en caso de renovación.

Periodo 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.

Preexistencias. Diagnóstico de una enfermedad conocida con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Tomador: El asegurado.

4. VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

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 a las coberturas un periodo de carencia (periodo durante el cual no se tiene cobertura) de 30 días o 90 días, dependiendo si el crédito es de corto o largo plazo. 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, y se mantendrá siempre y cuando se encuentre activo y con saldo el crédito educativo; y en todo caso hasta que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo dándolo por terminado o hasta que cumpla la edad máxima de permanencia pactada.

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 de desembolso del crédito que se encuentre estipulado al momento en que el asegurado otorgue su consentimiento para la celebración del contrato de seguro con Cardif Colombia Seguros Generales S.A. debiéndose en todo caso aplicar a las coberturas un periodo de carencia (periodo durante el cual no se tiene cobertura) de 30 días o 90 días, dependiendo si el crédito es de corto o largo plazo. 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, y se mantendrá siempre y cuando se encuentre activo y con saldo el crédito educativo; y en todo caso hasta que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo dándolo por terminado o hasta que cumpla la edad máxima de permanencia pactada.

5. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

La prima será mensual y corresponderá a aquella consignada en el certificado individual de seguro entregado al asegurado, conforme el plan por éste seleccionado.

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.

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.

8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Para todos los amparos:

- Edad mínima de ingreso: 18 años.
- Edad máxima de ingreso: 64 años + 364 días.
- Edad máxima de permanencia: 69 años+ 364 días.

9. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES Y PRIMAS.

Los valores asegurados son los que se indican a continuación y la prima de seguro será la señalada en el certificado individual de seguro.

Créditos de Corto Plazo

IMPORTANTE: El IVA de éste producto se encuentra desactualizado como consecuencia de los cambios introducidos por la ley 1819 de 2016 de "reforma tributaria". Por lo anterior, tenga presente que el IVA del 16% se actualizará al 19%.

Créditos de Largo Plazo

IMPORTANTE: El IVA de éste producto se encuentra desactualizado como consecuencia de los cambios introducidos por la ley 1819 de 2016 de "reforma tributaria". Por lo anterior, tenga presente que el IVA del 16% se actualizará al 19%.

10. PERÍODO DE CARENIA.

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal y Enfermedades Graves.

Crédito de Corto Plazo: se establece un período de carencia de 30 días.

Crédito de Largo Plazo: se establece un período de carencia de 60 días.

11. PERÍODO DE ESPERA.

- Para la cobertura de Incapacidad Total Temporal: no se establece periodo de espera alguno.
- Para las coberturas de Desempleo Involuntario y 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.

CO-AC-CP-Desempleo_ITT_EG_SUFI -20120604.V1

Página 10 de 13



- 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, debiéndose en todo caso aplicar el Período Activo Mínimo después de un Siniestro establecido en la cláusula 12.

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.
5. Por muerte del asegurado.

16. REVOCACIÓN UNILATERAL.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. 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; por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

En el primer caso la revocación da derecho al asegurado a recuperar 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 contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

17. CONDICIONES DE INDEMNIZACIÓN.

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario o Incapacidad Total Temporal: El valor de indemnización a pagar corresponderá al 100% del valor asegurado, el cual será reconocido hasta por el saldo insoluto de la deuda al momento del siniestro a favor de Bancolombia S.A.. Dicho valor asegurado que será de hasta tres (3) cuotas mensuales para Créditos de Corto Plazo y hasta cinco (5) cuotas mensuales para Créditos de Largo Plazo,.

Para la cobertura de Enfermedades Graves: El valor de indemnización a pagar corresponderá al 100% del valor asegurado, el cual será reconocido hasta por el saldo insoluto de la deuda al momento del siniestro a favor de



Bancolombia S.A.. Dicho valor asegurado que será de hasta cinco (5) cuotas mensuales en Créditos de Corto Plazo y hasta doce (12) cuotas mensuales en Créditos de Largo Plazo, de conformidad con el plan seleccionado.

18. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

Para el amparo de Desempleo 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 desempleo 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:

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- 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 desempleo.

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:

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.

- 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.

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.)

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 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 represente 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 represente, 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.