

PÓLIZA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

CONDICIONES BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.

DE CONFORMIDAD Y EN CONSIDERACIÓN CON LAS DECLARACIONES EFECTUADAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO SUSCRITA POR EL ASEGURADO O EN LAS GRABACIONES TELEFÓNICAS DE ÉSTE OBTENIDA, EL CONTENIDO DE LAS CONDICIONES Y PARTICULARES DE LA MISMA, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. Y EL TOMADOR HAN CONVENIDO CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGISTRARÁ POR LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. COBERTURAS

1.1. MUERTE ACCIDENTAL

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DE SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O SUS CONDICIONES SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CERTIFICADO, FALLECE LA PERSONA ASEGURADA BAJO ESTE SEGURO, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y FORTUITO CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS Y DE UN MODO VIOLENTO QUE AFECTE EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, OCASIONÁNDOLE UNA O MÁS LESIONES QUE SE MANIFIESTEN POR CONTUSIONES O HERIDAS VISIBLES, ASÍ COMO TAMBIÉN LAS LESIONES INTERNAS REVELADAS POR LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES.

1.2. ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LAS CONDICIONES, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CORPORAL, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, 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) EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS CUOTAS DEL CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN LOS MISMOS, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
- B) LA INCAPACIDAD ESTÉ DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO O UN MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL O MEDICO AFILIADO A LA MEDICINA PREPAGADA DEL ASEGURADO O MEDICO AFILIADO AL REGIMEN DE SALUD SUBSIDIADO
- C) QUE LA INCAPACIDAD TENGA UNA DURACIÓN IGUAL O SUPERIOR A QUINCE (15) DÍAS CORRIENTES CONTINUOS Y NO HAYA SIDO CAUSADA POR EL ASEGURADO.
- D) QUE EL ASEGURADO SEA TRABAJADOR INDEPENDIENTE O ESTUDIANTE, AMA DE CASA, MICROEMPRESARIO, PENSIONADO, TRABAJADOR CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, O VINCULADO A TRAVÉS DE UNA EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES.

PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE APLICARÁ LA SIGUIENTE TABLA:

Días de incapacidad total temporal por días de incapacidad certificada	N° de pagos a aplicar
15 - 44 días calendario consecutivos	1
45 - 74 días calendario consecutivos	2
75 - 104 días calendario consecutivos	3
105 - 134 días calendario consecutivos	4
135 - 164 días calendario consecutivos	5
165 o más días calendario consecutivos	6

Días de incapacidad total temporal por certificados	N° de pagos a aplicar
15 - 34 días calendario consecutivos	1
35 - 54 días calendario consecutivos	2
55 - 74 días calendario consecutivos	3
75 - 94 días calendario consecutivos	4
95 - 114 días calendario consecutivos	5
115 - 134 días calendario consecutivos	6
135 - 154 días calendario consecutivos	7
155 - 174 días calendario consecutivos	8
175 o más días calendario consecutivos	9

1.3. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LAS CONDICIONES EN CASO DE QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO, SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ CON CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES O CONDICIONES PARA CADA UNA DE ELLAS:

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.

CABE SEÑALAR QUE ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA RECLAMACIÓN REALIZADA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

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.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER OTORGADO 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.

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 APOORTE 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 (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 TORÁXICO 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 QUE 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 CONTINUA 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.

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 SEXTA DE LAS PRESENTES CONDICIONES.

6) TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES.

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.

7) ESCLEROSIS MULTIPLE.

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 TIPICO 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 LA 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 DE INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

PARÁGRAFO 1: PARA LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO, SÓLO SE TOMARÁN POR ENFERMEDADES GRAVES LAS LISTADAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

PARÁGRAFO 2: 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 PERMANECÍA DEFINIDA EN LAS PRESENTES CONDICIONES.

LA ENFERMEDAD DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO, O POR UN MÉDICO AFILIADO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

2. EXCLUSIONES

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL VALOR ASEGURADO SI LA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN GUARDA RELACIÓN ALGUNA CON UNA DE LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES:

2.1. EXCLUSIONES GENERALES

LOS SIGUIENTES EVENTOS SERÁN CONSIDERADOS COMO EXCLUSIONES EN LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:

- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO A LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE 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.
- VIAJES EN AEROLINEAS PRIVADAS SIN PLAN DE VUELO.
- PRUEBAS O CARRERAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD DE VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES DE ALTO RIESGO QUE INVOLUCREN EL USO DE EQUIPOS REQUERIDOS PARA LA EJECUCIÓN DEL MISMO.
- 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.
- CUALQUIER ENFERMEDAD MENTAL DE CUALQUIER TIPO Y SUS CONSECUENCIAS, TALES COMO ESTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN O DESORDENES NERVIOSOS.
- ENFERMEDADES POR 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, AUN CUANDO SE COMETA EN ESTADO DE INCAPACIDAD MENTAL
- 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.
- 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.
- NO SE INCLUYEN BAJO ESTA COBERTURA LOS MIEMBROS ACTIVOS DE LAS FUERZAS MILITARES, POLICIA NACIONAL, NI FUNCIONARIOS DEL INPEC QUE CONFORMEN EL CUERPO DE CUSTODIO Y VIGILANCIA.
- ACCIDENTES OCURRIDOS CON ANTELACIÓN AL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO O SUS SECUELAS..

- LA MUERTE A CAUSA DEL SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, AUN CUANDO SE COMETAN EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL..
- CUALQUIER CONDICIÓN DE CARÁCTER MÉDICO (CONSECUENCIAS O RECAÍDAS DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE) QUE EL ASEGURADO TUVIERA EN LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA RESPECTO DE LA CUAL HAYA RECIBIDO AVISO, O CON OCASIÓN DE LA CUAL SE ENCUENTRE RECIBIENDO TRATAMIENTO MÉDICO AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- 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.
- CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO: CANCER O NEOPLASIAS MALIGNAS DE CUALQUIER TIPO, INFARTOS EN EL MIOCARDIO, ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, ESCLERIOSIS MULTIPLE, TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES, CIRUGIA DE BYPASS AORTO CORONARIO.

2.2. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

1) 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, VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, CONDILOMAS PLANOS, DISPLACIA CERVICAL NIC I, NIC II Y NIC III. 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 KAPOSÍ. 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 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 UN RECURRENCIA O METÁSTASIS DE UN TUMOR PRESENTADO POR PRIMERA VEZ DENTRO DEL PERÍODO DE CARENCIA.

ESTA COBERTURA ESTA LIMITAD 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) INFARTO DEL MIOCARDIO: LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁXICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO NO ESTÁN CUBIERTAS.

3) CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO: LA ANGLIOPLASTIA CON GLOBO. OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTÁN EXCLUIDOS LOS PROCEDIMIENTOS:

LA ANGIOPLASTÍA 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) ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR: 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) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

6) TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES: 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.

7) ESCLEROSIS MULTIPLE: SE EXCLUYEN OTRAS CAUSAS DE DAÑO NEUROLÓGICO COMO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO O INFECCIONES POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

8) CAUSALES ADICIONALES DE EXCLUSIÓN: LA ASEGURADORA NO DEBERÁ PAGAR EL VALOR ASEGURADO SI LA ENFERMEDAD GRAVE HA SIDO CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFLINGIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.
- USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL.
- RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
- LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR EVENTOS EXTERNOS, BIEN SEAN ÉSTOS DE CARÁCTER VIOLENTO O ACCIDENTAL.
- 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.
- 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.
- PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, ANOMALÍAS CONGENITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LO QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO.
- 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.
- COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.
- PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.
- 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.
- DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTE SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.
- 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.
- NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 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.
- ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA CON ANTERIORIDAD AL MOMENTO DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, INDEPENDIEMENTE DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU PRIMER DIAGNÓSTICO. ASÍ MISMO, SE EXCLUYEN DIAGNÓSTICOS REPETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.3 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

I. LICENCIAS DE MATERNIDAD O PATERNIDAD.

3. DEFINICIONES.

TOMADOR: ENTIDAD FINANCIERA QUE OFRECE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS PARA LOS CUALES SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE AUTORIZADA, LA CUAL CONTRATA EL PRESENTE SEGURO POR CUENTA DE LOS CLIENTES QUE AUTORIZEN SU ADHESIÓN AL MISMO.

ASEGURADO: PERSONA NATURAL TITULAR DE CUALQUIER PRODUCTO O SERVICIO FINANCIERO CONTRATADO CON EL BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.

BENEFICIARIO: PERSONA NATURAL TITULAR DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS QUE ACEPTA SU ADHESIÓN AL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO Y CONDICIONES. PARA LOS ANEXOS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y ENFERMEDADES GRAVES: EL ASEGURADO SERÁ BENEFICIARIO DEL 50% DE LA INDEMNIZACIÓN Y DEL OTRO 50% SERÁ LA ENTIDAD FINANCIERA;

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: LOS BENEFICIARIOS SERÁN LOS DESIGNADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS. EN EL EVENTO DE NO EXISTIR BENEFICIARIOS DESIGNADOS O CUYA DESIGNACIÓN SE HAGA INEFICAZ O QUEDE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA, SERÁN LOS DE LEY.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO: EDAD HASTA LA CUAL UNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES PARA SER ASEGURADA PUEDE ADHERIRSE AL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 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 LAS PRESENTES CONDICIONES.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: ES LA EDAD A PARTIR DE LA CUAL UNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES PARA SER ASEGURADA PUEDE ADHERIRSE AL PRESENTE CONTRATO 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.

PERÍODO ACTIVO MÍNIMO: LAPSO DE TIEMPO QUE DEBE TRANSCURRIR DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO QUE YA HA SIDO INDEMNIZADO EN RAZÓN DEL SEGURO, DEBE MANTENERSE EN ÉSTE PARA PODER AFECTAR NUEVAMENTE EL SEGURO. EL PERÍODO ACTIVO MÍNIMO SERÁ EL NÚMERO AQUEL QUE SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES.

PERÍODO DE CARENCIA: PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO CONTADO DESDE EL INICIO DE 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 EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

PERÍODO DE ESPERA: 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 DEBERA ESTAR VIVO ESTANDO ENFERMO, SEGÚN CORRESPONDA, PARA ACCEDER AL PRIMER PAGO.

4. VALOR DE LA PRIMA, FORMA DE PAGO, VALORES ASEGURADOS Y LÍMITES DE EVENTOS A INDEMNIZAR.

4.1. VALOR DE LA PRIMA.

EL VALOR DE LA PRIMA SERÁ EL SEÑALADO EN LAS CONDICIONES Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. LA COMPAÑÍA PODRÁ MODIFICAR EL VALOR DE LA PRIMA DEPENDIENDO DEL RESULTADO TÉCNICO Y DEL COMPORTAMIENTO DE SINIESTRALIDAD DEL PROGRAMA EN CADA VIGENCIA ANUAL O MENSUAL DEL MISMO, PREVIO AVISO ANTICIPADO AL TOMADOR Y AL ASEGURADO, DE CONFORMIDAD CON LAS DISPOSICIONES Y CONDICIONES FIJADAS EN LA LEY.

EL VALOR DE LA PRIMA DEPENDERÁ DEL PLAN ELEGIDO POR EL ASEGURADO Y CORRESPONDERÁ A LA MULTIPLICACIÓN DEL NÚMERO DE MESES DEL CRÉDITO POR EL VALOR DEL PLAN ESCOGIDO DE ACUERDO CON SIGUIENTE LA TABLA:

ALTERNATIVA I: 6 PAGOS

VALOR DE LA PRIMA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
	\$ 11.400	\$ 18.300	\$ 24.500

ALTERNATIVA II: 9 PAGOS

VALOR DE LA PRIMA	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6
	\$ 12.800	\$ 21.100	\$ 28.600

4.2. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ ASUMIDO POR EL ASEGURADO, Y ESTARÁ CARGADO AL CRÉDITO AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO O EN EL COBRO DEL MES SIGUIENTE EN EL EVENTO EN QUE EL SEGURO SE HAYA SUSCRITO CON POSTERIORIDAD AL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO.

4.3. VALORES ASEGURADOS

ALTERNATIVA I: 6 PAGOS

COBERTURA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
MUERTE ACCIDENTAL	RECONOCIMIENTO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS DE UN VALOR ÚNICO DE \$ 10,000,000 EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL TITULAR DEL CRÉDITO.	RECONOCIMIENTO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS DE UN VALOR ÚNICO DE \$ 20,000,000 EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL TITULAR DEL CRÉDITO.	RECONOCIMIENTO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS DE UN VALOR ÚNICO DE \$ 30,000,000 EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL TITULAR DEL CRÉDITO.
ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	6 ABONOS PARA EL TITULAR DEL CRÉDITO DE \$250,000 C/U.	6 ABONOS PARA EL TITULAR DEL CRÉDITO DE \$500,000 C/U.	6 ABONOS PARA EL TITULAR DEL CRÉDITO DE \$700,000 C/U.
	6 ABONOS DE \$250,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DE CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.	6 ABONOS DE \$500,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DE CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.	6 ABONOS DE \$700,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DE CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.
ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES	6 ABONOS DE \$250,000 PAGADEROS AL TITULAR DEL CRÉDITO.	6 ABONOS DE \$500,000 PAGADERAS AL TITULAR DEL CRÉDITO.	6 ABONOS DE \$700,000 PAGADEROS AL TITULAR DEL CRÉDITO.
	6 ABONOS DE \$250,000 C/U	6 ABONOS DE \$500,000 C/U	6 ABONOS HASTA \$700,000 C/U

	PARA PAGO DE LA CUOTA DEL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.	PARA PAGO DE LA CUOTA DEL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.	PARA PAGO DE LA CUOTA DEL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.
--	--	--	--

ALTERNATIVA II: 9 PAGOS

COBERTURA	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6
MUERTE ACCIDENTAL	RECONOCIMIENTO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS DE UN VALOR ÚNICO DE \$ 10,000,000 EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL TITULAR DEL CRÉDITO.	RECONOCIMIENTO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS DE UN VALOR ÚNICO DE \$ 20,000,000 EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL TITULAR DEL CRÉDITO.	RECONOCIMIENTO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS DE UN VALOR ÚNICO DE \$ 30,000,000 EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DEL TITULAR DEL CRÉDITO.
ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	9 ABONOS PARA EL TITULAR DEL CRÉDITO DE \$250,000 C/U.	9 ABONOS PARA EL TITULAR DEL CRÉDITO DE \$500,000 C/U.	9 ABONOS PARA EL TITULAR DEL CRÉDITO DE \$700,000 C/U.
	9 ABONOS DE \$250,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DE EL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.	9 ABONOS DE \$500,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DE EL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.	9 ABONOS DE \$700,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DE EL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES	9 ABONOS DE \$250,000 PAGADEROS AL TITULAR DEL CRÉDITO.	9 ABONOS DE \$500,000 PAGADERAS AL TITULAR DEL CRÉDITO.	9 ABONOS DE \$700,000 PAGADEROS AL TITULAR DEL CRÉDITO.
	9 ABONOS \$250,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DEL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.	9 ABONOS \$500,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DEL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.	9 ABONOS HASTA \$700,000 C/U PARA PAGO DE LA CUOTA DEL CRÉDITO. EL REMANENTE SE ABONARÁ AL TITULAR.

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN SE REALIZARÁ DE LA SIGUIENTES FORMA, EXCEPTUANDO LOS PAGOS QUE SE REALICEN CON OCASIÓN A LA MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO:

- 50% DEL VALOR A INDEMNIZAR DE ACUERDO CON LA TABLA DE VALORES DEL PLAN ESCOGIDO, SE PAGARÁ DIRECTAMENTE AL ASEGURADO.
- 50% DEL VALOR A INDEMNIZAR DE ACUERDO CON LA TABLA DE VALORES DEL PLAN ESCOGIDO SERÁ PAGADO, DE ACUERDO CON LA AUTORIZACIÓN QUE PARA EL EFECTO OTORGA EL ASEGURADO, AL TOMADOR COMO ABONO AL SALDO INSOLUTO DE LAS OBLIGACIONES QUE EL ASEGURADO TENGA CON ESTE HASTA LA SOLUCIÓN O PAGO TOTAL DE DICHAS OBLIGACIONES. SI UNA VEZ REALIZADO EL PAGO AL TOMADOR HUBIERA UN MONTO REMANENTE O EN EXCESO, DICHO MONTO REMANENTE O EN EXCESO SE PAGARÁ AL ASEGURADO DIRECTAMENTE.
- PARA EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL SE ENTIENDEN COMO BENEFICIARIOS LAS PERSONAS QUE EL ASEGURADO DESIGNE EN SU CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. PARA AQUELLOS CASOS CUYOS BENEFICIARIOS NO HAN SIDO DESIGNADOS O SU DESIGNACIÓN NO RESULTE INEFICAZ O QUEDE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA SE ENTENDERAN COMO BENEFICIARIOS EL CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE SOLO EN EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR A INDEMNIZAR, LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO SUCEDEN PROPORCIONALMENTE EL CINCUENTA POR CIENTO (50%) RESTANTE, O EL CIEN POR CIENTO (100%) SI NO HAY CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE, Y EN LOS DEMÁS CASOS SE DEBERÁ INDEMNIZAR DE CONFORMIDAD CON LOS ORDENES SUCESORALES ESTABLECIDOS EN EL CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO.

4.4. LIMITES DE EVENTOS A INDEMNIZAR

MUERTE ACCIDENTAL: UN UNICO EVENTO

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE DÍAS DE INCAPACIDAD ESPECIFICADA EN EL PRESENTE CONDICIONADO.

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES: SE INDEMNIZARÁ POR UNA ÚNICA VEZ EL PRIMER DIAGNOSTICO

DE CADA UNA DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS, CON UN MÁXIMO DE SIETE (7) COBERTURAS, SIN QUE SE INDEMNICE UN DIAGNÓSTICO YA REPETIDO O ENFERMEDAD QUE PADEZCA EL ASEGURADO AL MOMENTO DE INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

5. SUJETOS ASEGURABLES.

SIN PERJUICIO DEL CONTENIDO EN LAS COBERTURAS CONSIGNADAS EN EL PRESENTE SEGURO, SERÁN SUJETOS ASEGURABLES LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN LA CONDICION DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES.

6. RECAUDO DE LA PRIMA.

PREVIA AUTORIZACIÓN EXPRESA POR PARTE DEL ASEGURADO, EL RECAUDO DE LA PRIMA SÓLO SE EFECTUARÁ CON CARGO A LOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS FINANCIEROS DEL TOMADOR DE LOS CUALES SEA TITULAR EL ASEGURADO.

6.1 VIGENCIA

PARA CRÉDITOS RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES AUTORICEN CARGAR AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO EL MONTO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A EL(LOS) SEGURO(S) CONTRATADO(S): LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA CON EL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO, SIN AFECTAR EL PERÍODO DE CARENCIA ESTIPULADO. ESTA VIGENCIA SERÁ ÚNICA, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, MIENTRAS SE MANTENGA ACTIVO Y VIGENTE EL CRÉDITO Y MIENTRAS EXISTA SALDO DE DEUDA O HASTA CUANDO EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

7. MORA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

LO DISPUESTO EN EL INCISO ANTERIOR DEBERÁ CONSIGNARSE POR PARTE DEL ASEGURADOR EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CARACTERES DESTACADOS.

LO DISPUESTO EN ESTE ARTÍCULO NO PODRÁ SER MODIFICADO POR LAS PARTES.

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. EXCEPTO SI EL CREDITO CONTINUA VIGENTE

9. PERÍODO DE CARENCIA.

PARA LAS COBERTURAS QUE HACEN PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, SE ESTABLECE EL SIGUIENTE PERIODO DE CARENCIA:

- MUERTE ACCIDENTAL: NO SE ESTABLECE PERIODO DE CARENCIA.
- INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SESENTA DÍAS (60) DÍAS.
- ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES: NOVENTA (90) DÍAS.

10. PERÍODO DE ESPERA.

PARA LAS COBERTURAS CONSIGNADAS EN EL PRESENTE SEGURO NO SE ESTABLECE PERIODO DE ESPERA.

11. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO.

PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO TIENE LA POSIBILIDAD DE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN QUE AFECTE LAS COBERTURAS CONSIGNADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO.

- PARA EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SE ESTABLECE UN PERIODO ACTIVO DE 90 DÍAS.

12. RECAÍDA.

PARA EL ANEXO 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 LAS 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 AL PAGO DE LOS VALORES ASEGURADOS DE ACUERDO CON EL PLAN SELECCIONADO.

13. TERMINACIÓN.

EL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO ENTRE CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. Y EL TOMADOR SE DARÁN POR TERMINADOS 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. CANCELACIÓN DEL O LOS PRODUCTOS FINANCIEROS SELECCIONADOS PARA CARGAR Y/O DEBITAR EL PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO.
4. REVOCACIÓN UNILATERAL, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA DE PARTE DEL ASEGURADO.
5. MUERTE DEL ASEGURADO.
6. REVOCACION UNILATERAL MEDIANTE NOTICIA ESCRITA A LA ASEGURADORA POR PARTE DEL TOMADOR CON UN PLAZO DE ANTELACION NO MENOR A CIENTO VEINTE (120) DIAS

14. REVOCACIÓN.

EN CASO DE QUE EL ASEGURADO, AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, PROCEDA A SOLICITAR ANTE CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., LA REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO, LA DEVOLUCIÓN DE PRIMA NO DEVENGADA A SER RECONOCIDA A FAVOR DEL ASEGURADO, SE EFECTUARÁ CONFORME A LA SIGUIENTE METODOLOGÍA:

LA REVOCACIÓN DARÁ 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 ENTRE LAS PARTES.

15. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

DE CONFORMIDAD CON 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 EL ASEGURADO ALLEGUE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN COMO LOS ÚNICOS MEDIOS DE PRUEBA PARA COMPROBAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO:

I. PARA EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL

- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO.
- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- COPIA DEL REGISTRO DE DEFUNCIÓN O DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES DONDE CONSTE LA CAUSA DE LA MUERTE DEL ASEGURADO.
- NECROPSIA O CROQUIS DEL ACCIDENTE, O ACTA DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER O CERTIFICADO DE LA FISCALÍA, SIEMPRE Y CUANDO EN DICHO DOCUMENTO SE ENCUENTRE CONSIGNADA LA CAUSA DE LA MUERTE.

II. PARA EL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:

- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO.
- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- CERTIFICADOS Y EXÁMENES MÉDICOS, EN ORIGINAL O COPIA, QUE ACREDITEN LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR UN PERÍODO IGUAL O SUPERIOR A 15 DÍAS CORRIENTES, EXPEDIDOS POR EL MÉDICO AFILIADO A LA EPS O ARL, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL O MÉDICO AFILIADO A LA MEDICINA PREPAGADA DEL ASEGURADO.

III. PARA EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES.

- 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.
- 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 ARL 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.)

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.

16. DECLARACIÓN DEL ASEGURADOR SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO.

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 EL ASEGURADOR. 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 REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, EXCEPTO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1160.

LAS SANCIONES CONSAGRADAS EN ESTE ARTÍCULO 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.

17. 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 REPRESENTA, 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.

18. 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 (2) 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 (5) 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.

19. AVISO AL ASEGURADOR.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARÁN OBLIGADOS A DAR NOTICIA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. ESTE TÉRMINO PODRÁ AMPLIARSE, MAS NO REDUCIRSE POR LAS PARTES.

EL ASEGURADOR NO PODRÁ ALEGAR EL RETARDO O LA OMISIÓN SI, DENTRO DEL MISMO PLAZO, INTERVIENE EN LAS OPERACIONES DE COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

20. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PODRÁ DEVOLVER UNA RECLAMACIÓN CUANDO LA MISMA CAREZCA DE LA DOCUMENTACIÓN Y/O INFORMACIÓN SOLICITADA COMO PRUEBA PARA ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y EN AQUELLOS CASOS QUE SEA NECESARIO DEMOSTRAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

CUANDO SE EFECTUE LA DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. INFORMARÁ AL RECLAMANTE LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA LA RESOLUCIÓN DE LA MISMA. EN ESTE EVENTO, EL RECLAMANTE PODRÁ PRESENTAR UNA NUEVA RECLAMACIÓN CON LOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.

21. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

EL 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 COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. 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 COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. 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.

EL ASEGURADO SE OBLIGA A INFORMAR OPORTUNAMENTE TODO CAMBIO Y/O ACTUALIZACIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL SUMINISTRADA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. EL ASEGURADO PODRÁ CONOCER, ACTUALIZAR O MODIFICAR SUS DATOS O ACCEDER A POLÍTICAS, A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.BNPPARIBASCARDIF.COM.CO ENLACE "PRIVACIDAD".

DONDE APLIQUE, Y SIEMPRE QUE LOS MISMOS NO RESULTEN IDISPENSABLES 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.

22. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES:

PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD Y DIRECCIÓN INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

23. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO.

DEFENSOR PRINCIPAL. JOSÉ FEDERICO USTÁRIZ GONZÁLEZ.
DEFENSOR SUPLENTE. LUIS HUMBERTO USTÁRIZ GONZÁLEZ.
CORREO: ELECTRÓNICO:DEFENSORIACARDIF@USTARIZABOGADOS.COM
TELEFONO: 6108161 Y 6108164
DIRECCIÓN: CRA. 11A NO. 96 – 51 OFICINA 203 EDIFICIO OFICITY. BOGOTÁ D.C.
HORARIO DE ATENCIÓN: 8:00 A.M. A 6:00 P.M. JORNADA CONTINUA.

24. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

- A NIVEL NACIONAL: 01 8000 935936
- BOGOTÁ D.C.: 7423195



Asegurador

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.