

# PÓLIZA DE SEGURO - TU VIDA TU SEGURO

## CONDICIONADO GENERAL

SEÑOR TOMADOR Y ASEGURADO, **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** LO INVITA A CONOCER LAS CONDICIONES DEL SEGURO QUE ADQUIRIÓ.

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 184 DEL E.O.S.F. Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, CADA UNA DE LAS EXCLUSIONES APLICABLES A ESTE SEGURO ESTÁN EXPRESAMENTE ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

### 1. COBERTURAS

Las coberturas contratadas corresponderán a las seleccionadas al momento de la adquisición del seguro.

#### 1.1. COBERTURA BÁSICA – MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

**¿QUÉ CUBRE?** LA ASEGURADORA PAGARÁ A EL(LOS) BENEFICIARIO(S) EL VALOR ASEGURADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO EL ASEGURADO MUERE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA.

**IMPORTANTE** • SE APLICARÁ UN PERIODO DE CARENCIA DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS PARA SUICIDIO Y PRE EXISTENCIAS.

#### 1.2. COBERTURAS OPCIONALES

EN ADICIÓN A LOS AMPAROS BÁSICOS DESCRITOS EN EL NUMERAL 1.1. ANTERIOR, EL ASEGURADO PODRÁ CONTRATAR, SI ASÍ LO DESEA Y SIEMPRE Y CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, TODOS O ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES AMPAROS:

##### 1.2.1. MUERTE ACCIDENTAL

**¿QUÉ CUBRE?** SE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO EL ASEGURADO MUERE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UN HOMICIDIO.

##### 1.2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP)

**¿QUÉ CUBRE?** SE PAGARÁ AL BENEFICIARIO EL VALOR ASEGURADO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO LE ES ESTRUCTURADA UNA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

**IMPORTANTE**

- PERIODO DE CARENCIA: 120 DÍAS PARA TENTATIVA DE SUICIDIO Y PRE EXISTENCIAS.
- AL MOMENTO DE PRESENTARSE LA RECLAMACIÓN, SE CONSIDERARA COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, LA FECHA DETERMINADA EN EL DICTAMEN COMO FECHA DE ESTRUCTURACIÓN.
- ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ ESTAR FUNDAMENTADA EN UN DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDO POR LA EPS O ARL, COLPENSIONES, JUNTA REGIONAL O JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.
- ADEMÁS DEL DICTAMEN, DEBERÁ SOPORTARSE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LOS EXÁMENES CLÍNICOS Y DE AYUDA DIAGNÓSTICA Y PUEDE CORRESPONDER ANTES O DESPUÉS DE LA FECHA DE LA DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL.

##### 1.2.3. AUXILIO DE MUERTE CON DESTINACIÓN ESPECÍFICA

**¿QUÉ CUBRE?** SE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO, CUANDO EL ASEGURADO O CUALQUIERA DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR DESIGNADO, FALLEZCA EN VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA.

**IMPORTANTE**

- LA INDEMNIZACIÓN TENDRA DESTINACIÓN ESPECIFICA COMO APOYO FAMILIAR PARA CUBRIR:
  - 1) TRASLADO DEL FALLECIDO HASTA UBICARLO EN LA SALA DE VELACIÓN.
  - 2) PREPARACIÓN DEL CUERPO (TANATOPRAXIA) Y SUMINISTRO DE LOS IMPLEMENTOS.
  - 3) SUMINISTRO DEL COFRE (EXCEPTO GAMA PRESIDENCIAL).
  - 4) TODAS LAS DILIGENCIAS CIVILES Y ECLESIASTICAS, QUE PERMITAN LA INHUMACIÓN O CREMACIÓN.
  - 5) HÁBITO, SI SE REQUIERE.
  - 6) SERVICIO URBANO DE CARROZA PARA LAS EXEQUIAS (SIEMPRE QUE ESTE SERVICIO SE PRESTE Y SEA DE USO COMÚN EN LA LOCALIDAD).
  - 7) SERVICIO RELIGIOSO.
  - 8) DERECHO A UNA SALA DE VELACIÓN (TIEMPO CONTINUO DE USO DE LA SALA DE ACUERDO CON NORMATIVAS ESTABLECIDAS POR LA ALCALDÍA DE CADA LOCALIDAD, HASTA 24 HORAS).
  - 9) SERVICIO DE CAFETERÍA.
  - 10) IMPLEMENTOS PARA LA VELACIÓN SI LA MISMA ES DOMICILIARIA (UN CRISTO, DOS VELONES, DOS BASES, Y DOS CANDELABROS).
  - 11) PARQUES CEMENTERIOS - PARTICULARES.
  - 12) DESTINO FINAL (INHUMACIÓN O CREMACIÓN).
- PERIODO DE CARENCIA CIENTO VEINTE (120) DÍAS PARA TENTATIVA DE SUICIDIO Y PREEXISTENCIAS.

## 1.2.4. RENTA DIARÍA POR HOSPITALIZACIÓN

### 1.2.4.1. RENTA DIARÍA POR HOSPITALIZACIÓN CUALQUIER CAUSA

**¿QUÉ CUBRE?** SE PAGARÁ AL BENEFICIARIO UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DE ACUERDO AL VALOR ASEGURADO DESCRITO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DESDE EL DÍA 01 Y HASTA POR 30 DÍAS, SI EL ASEGURADO ES INTERNADO EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL POR MAS DE VEINTICUATRO (24) HORAS, POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD. LA RENTA DIARIA SE PAGARÁ PROPORCIONALMENTE AL NÚMERO DE DÍAS QUE DURE LA HOSPITALIZACIÓN.

### 1.2.4.2. RENTA DIARÍA POR HOSPITALIZACIÓN UCI

**¿QUÉ CUBRE?** SE PAGARÁ AL BENEFICIARIO UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN DE ACUERDO AL VALOR ASEGURADO DESCRITO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DESDE EL DÍA 01 Y HASTA POR 30 DÍAS, SI EL ASEGURADO ES INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE CUALQUIER CLÍNICA U HOSPITAL POR MAS DE VEINTICUATRO (24) HORAS, POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD. LA RENTA DIARIA SE PAGARÁ PROPORCIONALMENTE AL NÚMERO DE DÍAS QUE DURE LA HOSPITALIZACIÓN.

## 2. EXCLUSIONES GENERALES

LA PRESENTE PÓLIZA NO BRINDARÁ COBERTURA ALGUNA A NINGÚN EVENTO, HECHO Y/O SUCESO DERIVADOS DIRECTA Y/O INDIRECTAMENTE DE:

2.1.1. ENFERMEDADES, LESIONES, ACCIDENTES O EVENTOS PADECIDOS, CONOCIDOS O DIAGNOSTICADOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICARÁ UNA VEZ FINALIZADO EL PERÍODO DE CARENIA DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA PACTADO PARA LOS AMPAROS DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE Y AUXILIO DE MUERTE CON DESTINACIÓN ESPECÍFICA.

2.1.2. ACTOS DELICTIVOS, ILEGALES O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO, ALGÚN AMIGO, FAMILIAR O EMPLEADO SUYO.

2.1.3. ACTOS TERRORISTA, CONMOCIONES CIVILES, ASONADAS, DISTURBIOS Y/O MOTINES. TAMPOCO ESTARÁN CUBIERTOS LOS 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.

2.1.4. 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.

## 3. REQUISITOS MÉDICOS DE ASEGURABILIDAD

Dependiendo de su edad al momento de suscripción del seguro y las sumas aseguradas para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa, usted deberá realizarse los exámenes médicos relacionados a continuación:

Suma Asegurada de Muerte	De 18 a 40 años	De 41 a 70 años
COP 30 Millones	No declaración de buena salud, ni examen médico	
COP 50 Millones		
COP 100 Millones		
COP 500 Millones	B, D, G	B, D, G, E
COP 700 Millones	B, D, G, E	B, D, G, E, I.
COP 1000 Millones		
COP 2000 Millones		
COP 3000 Millones		

B	Cuestionario Médico Detallado + Examen Médico de un Especialista Indicado por la Compañía
D	UL Análisis de Orina
E	Electrocardiograma en Descanso
G	Perfil en Sangre
I	PSA Examen Específico para Verificar la Ausencia de Antígeno Prostático

## 4. ECOSISTEMAS DE SERVICIO

De forma adicional a los amparos otorgados mediante la presente póliza, Cardif Colombia Seguros Generales S.A. pone a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a disfrutar de manera más amplia los beneficios de su seguro. Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros. El alcance, condiciones y disponibilidad de estos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado. En la medida en que por su naturaleza son flexibles, personalizados, de uso permanente y no requieren el pago de valores adicionales a la prima del seguro, los servicios ofrecidos inicialmente podrán cambiar durante la vigencia de la seguro y sus condiciones podrán consultarse en [www.seguroyfacil.com](http://www.seguroyfacil.com) o comunicándose con nuestras líneas de atención en Bogotá al (601) 7455420 o Resto del país 018000-944888 (Siempre marcando la opción 5).

## 5. DEFINICIONES APLICABLES A LA PRESENTE PÓLIZA

Para la comprensión del contenido del presente seguro, considera las siguientes definiciones:

1.1 **ASEGURADO:** Es la persona titular de la Tarjeta de Crédito o Producto Financiero que figura como tal en el Certificado de Seguro.

1.2. **ASEGURADORA:** Cardif Colombia Seguros Generales S.A.

1.3 **BENEFICIARIO:** Es la persona que tiene el derecho a la indemnización o al pago del valor asegurado en caso de siniestro. Según la cobertura a ser afectada podrá ser:

1) Para las Coberturas de Incapacidad Total Temporal, Renta Diaria por Hospitalización Cualquier Causa y Renta Diaria por Hospitalización UCI: Será el Asegurado

2) Para las Coberturas de Muerte por Cualquier Causa y Muerte Accidental: Serán los designados por el Asegurado y, en defecto de designación, los de Ley.

3) Para las Cobertura de Auxilio de Muerte con Destinación Especifica: Será: a) En caso de fallecimiento del Asegurado: Serán los designados por el Asegurado y, en defecto de designación, los de Ley; y b) En caso de fallecimiento de algún miembro del grupo familiar asegurado: El Beneficiario será el Asegurado.

1.4. **CÁNCER DE PIEL MELANOMA:** Cáncer de piel originado en los melanocitos, esto es las células encargadas de la producción de melanina (pigmento que le da color a la piel).

1.5. **CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA:** Todas aquellas tipologías de cáncer de piel distintas al melanoma, incluidos, pero sin limitarse, a los siguientes: angiosarcoma, fibroxantoma atípico, carcinoma de células basales, cáncer que se disemina hacia la piel, linfoma cutáneo de linfocitos B, linfoma cutáneo de células T, dermatofibrosarcoma protuberante, enfermedad extramamaria de Paget, carcinoma de células de Merkel, carcinoma sebáceo, carcinoma de células escamosas de la piel.

1.6. **PERIODO DE CARENCIA:** Período de tiempo contado desde el inicio de la vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un evento.

1.7. **ESTRUCTURACIÓN:** es la fecha determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el 50% de la pérdida de la capacidad laboral ocupacional.

1.8. **EXCLUSIONES:** Son los eventos no amparados por el seguro.

1.9. **GRUPO FAMILIAR DESIGNADO:** Son los familiares designados por el asegurado, su cónyuge o compañero(a) permanente y máximo 3 hijos descritos en el certificado de seguro, de acuerdo con el plan contratado.

1.10. **INDEMNIZACIÓN:** Pago de la suma asegurada como consecuencia de un siniestro.

1.11. **METÁSTASIS:** Es la propagación de las células cancerosas a un órgano distinto al de su origen.

1.12. **PRIMA:** Es el precio del seguro y que es pagada por el Asegurado.

1.13. **TOMADOR:** Persona o entidad que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo. En esta póliza es la entidad Financiera que contrato el seguro.

1.14. **SINIESTRO:** Ocurrencia del evento, suceso o riesgo amparado por la Póliza de Seguro.

1.15. **VALOR ASEGURADO:** Es el valor máximo que se reconocerá por la aseguradora ante la ocurrencia del siniestro. Este se encuentra especificado en el Certificado de Seguro de acuerdo con el plan contratado.

## 6. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para realizar la reclamación correspondiente al asegurado y Beneficiario, demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, para lo cual podrán presentar la fotocopia del documento de identidad del asegurado y/o Beneficiario, el formulario de declaración de siniestro y los documentos mencionados a continuación u otro que usted considere pertinente. Por favor tenga en cuenta los documentos que aplican al tipo de cobertura:

<b>Muerte por Cualquier Causa</b>	Registro Civil de Defunción
<b>Muerte Accidental</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Copia del acta de levantamiento del cadáver o certificación de la Fiscalía que indique fecha de accidente y los datos del asegurado o certificación de la institución médica en la cual conste que la muerte fue accidental.</li><li>Registro Civil de Defunción</li></ul>
<b>Incapacidad Total y Permanente</b>	Dictamen de incapacidad total y permanente emitido por la EPS, ARL, AFP, Junta Nacional o Regional de Calificación de Invalidez.
<b>Auxilio de Muerte con Destinación Especifica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Registro Civil de Defunción</li><li>Registro civil de matrimonio para cónyuge o declaración extra juicio de unión marital de hecho para compañero(a) permanente.</li><li>Registro civil de nacimiento para hijos</li></ul>
<b>Renta Diaria por Hospitalización Cualquier Causa y Renta Diaria por Hospitalización UCI</b>	Copia de la Historia Clínica, Autorización Médica y/o Epicrisis en la que se refleje la fecha de ingreso y egreso de la hospitalización

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

## 7. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

Para todas las coberturas, excepto el Auxilio de Muerte con destinación Especifica, usted podrá:

1

Complete los documentos

2

Remita la documentación a través de nuestros medios de atención: Escribiéndonos en nuestra línea de Whatsapp 318 5408261 o a través del buzón siniestros@cardif.com.co

3

Una vez enviada la documentación completa Cardif Colombia Seguros Generales S.A. procederá a resolver la reclamación y le contactaremos para informarle la resolución del caso.

Para la cobertura de Auxilio de Muerte con destinación Especifica, usted podrá:

- Comunicándose con la línea de atención al cliente al número 018000968181 a nivel nacional, en donde le orientaremos los pasos a seguir y podrá solicitar a la Aseguradora que se realice el pago en dinero directamente al prestador de los servicios funerarios básicos generados por el fallecimiento de cualquiera de las personas aseguradas.

En caso de pago directamente al Beneficiario deberá seguir el siguiente procedimiento:

1

Complete los documentos

2

Remita la documentación a través de nuestros medios de atención: Escribiéndonos en nuestra línea de Whatsapp 318 5408261 o a través del buzón siniestros@cardif.com.co

3

Una vez enviada la documentación completa Cardif Colombia Seguros Generales S.A. procederá a resolver la reclamación y le contactaremos para informarle la resolución del caso.

Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación, la definición se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o Beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía.

## 8. ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

A través del Defensor del Consumidor Financiero, como vocero y conciliador ante las entidades financieras, podrán ser formuladas las quejas respecto a los productos y servicios prestados por nuestra compañía de manera gratuita, la Defensoría del Cliente es ejercida por los doctores José Federico Ustáriz González (defensor principal) y Ana María Giraldo Rincón (defensor suplente).

Las quejas serán resueltas dentro del marco de sus funciones, sin que se exija ninguna formalidad adicional a su identificación, datos de contacto y descripción de los hechos y derechos que considere vulnerados.

Dichos requerimientos podrán ser radicados a nivel nacional a través de:

- E mail: « defensoriacardif@ustarizabogados.com »
- Dirección física Carrera 11 a N 96 51 oficina 203 Edificio Oficity, Bogotá, D C o en los teléfonos 60 1 6108161 y 60 16108164 Horario de atención de Lunes a Viernes de 8 00 a m A 6 00 p m jornada continua
- Página web: [www.ustarizabogados.com](http://www.ustarizabogados.com)
- APP Defensoría Consumidor Financiero
- A través de nuestra página web [www.bnpparibascardif.com.co](http://www.bnpparibascardif.com.co) en el link defensor del consumidor financiero donde podrá conocer las funciones, tramites y procedimiento para la resolución de quejas por parte del defensor del consumidor financiero

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

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

Código Condicionado: 23/02/2024-1344-P-34-1900CARDVI2758MO-0R00

Código Nota Técnica: 02/11/2023-1344-NT-P-34-S340000MCNANA051