

PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXOS DE ENFERMEDADES GRAVES, MUERTE ACCIDENTAL Y AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN

INGRESO PROTEGIDO

CONDICIONES PARTICULARES

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. (EN ADELANTE "CARDIF"), 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, Y LOS CONDICIONADOS GENERAL Y PARTICULAR, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGISTRARÁ POR LAS SIGUIENTES CLAUSULAS Y CONDICIONES.

NÚMERO DE PÓLIZA: PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO EL NÚMERO DE PÓLIZA CORRESPONDERÁ AL NÚMERO DE CÉDULA DEL ASEGURADO CONSIGNADO EN EL CAMPO NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE SEGURO, PRECEDIDO POR EL CÓDIGO DE PRODUCTO 3903.

1. COBERTURAS.

1.1 DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES 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 DE LA TARJETA DE CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, PARA LOS PRODUCTOS DE MODALIDAD DE PRIMA MENSUAL.

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 O DE LA RENUNCIA NEGOCIADA.
- EMPLEADOS CON CONTRATO VERBAL.
- FUERZAS ARMADAS.
- 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 O SIN AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DEL TRABAJO.
- 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 HAYA SIDO GENERADO POR EL ASEGURADO.
- PERSONAS VINCULADAS A TRAVÉS DE UNA EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES.
- CONTRATO DE OBRA O LABOR CONTRATADA.

1.2 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, 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.

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 ARL 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 DE LA TARJETA DE CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO,

PARA LOS PRODUCTOS DE MODALIDAD DE PRIMA MENSUAL.

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 COMO PARTE 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 CUATRO 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
105 – O MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4

1.3. ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES EN CASO DE QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO, SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA



PRESENTE PÓLIZA, CON UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN AQUÍ ESTABLECIDA.

A. CÁNCER.

CARDIF 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.

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 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 CRÓNICA LINFOCÍTICA), 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.

B. 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 HORAS (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.

C. 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.

D. 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.

E. 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 TRASPLANTE 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 ESTAN CUBIERTAS.

F. 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 TÍPICO DE AFECTACION DE LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS Y CUYA PROGRESIÓN HAYA PRODUCIDO DETERIORO INCAPACITANTE SIGNIFICATIVO EN LAS FUNCIONES BÁSICAS 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 ESTA COBERTURA SI EL PRIMER EPISODIO OCURRIÓ ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

G. 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 DE LA COBERTURA 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 LA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN SEA PRESENTADA A LA ASEGURADORA DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DEFINIDA EN LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES.

PARAGRAFO 4: LA ENFERMEDAD DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO. ESTA CONDICIÓN APLICA PARA TODAS LAS ENFERMEDADES GRAVES LISTADAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

1.4. MUERTE ACCIDENTAL.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OBJETO DE COBERTURA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO FALLECE.

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, OCACIONÁNDOLE UNA O MÁS LESIONES QUE SE MANIFIESTEN POR

CONTUSIONES O HERIDAS VISIBLES, ASÍ COMO TAMBIÉN LAS LESIONES INTERNAS REVELADAS POR LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES.

1.4.1. PAGO ADICIONAL DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO.

CARDIF PAGARÁ AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES EN CASO DE FALLECIMIENTO POR MUERTE ACCIDENTAL DE UNA PERSONA ASEGURADA BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

LOS REQUISITOS Y CONDICIONES APLICABLES A ESTE PAGO ADICIONAL SERÁN LOS MISMOS EXIGIDOS PARA LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL.

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 NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO CON OCASIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO:

A) CUANDO EL CONTRATO DE TRABAJO DEL ASEGURADO TERMINE POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- 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) PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

2.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

LOS AMPAROS DE ESTE SEGURO ESTÁN SUJETOS A LAS EXCLUSIONES QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, CARDIF 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 DE CUALQUIER TIPO Y SUS 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 DE HOMICIDIO DEL 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.

E) LICENCIAS DE MATERNIDAD O LICENCIAS DE PATERNIDAD.

2.3. ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL VALOR ASEGURADO SI LA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN 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 Y 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 CARENIA.

ESTA COBERTURA ESTA LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN PRESENTADA A LA ASEGURADORA POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

2) TRATÁNDOSE DE INFARTO AL MIOCARDIO SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO.

3) TRATÁNDOSE DE CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO SE ENCUENTRE EXCLUIDAS DE COBERTURA LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS Y/O CIRUGÍAS: LA ANGLIOPLASTIA CON GLOBO. OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTÁN EXCLUIDOS LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS: LA ANGIOPLASTÍA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP), CATETERISMO CARDIACO, TRATAMIENTO CON RAYO LÁSER, CUCHILLA ROTABLE, EL STENTING Y OTRAS TÉCNICAS DE CATETERISMOS INTRA-ARTERIALES. ASÍ MISMO, ESTA EXCLUIDA LA CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR LAPAROSCOPIA.

4) TRATÁNDOSE DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE



COBERTURA: 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: 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: SE EXCLUYEN 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:

8.1. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFLINGIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.

8.2. USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL.

8.3. RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.

8.4. LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR EVENTOS EXTERNOS, BIEN SEAN ÉSTOS DE CARÁCTER VIOLENTO O ACCIDENTAL.

8.5. CUALQUIER CONDICIÓN RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), CONFORME CON LAS DEFINICIONES RECONOCIDAS PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

8.6. 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.

8.7. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.

8.8. RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOS QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO.

8.9. EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.

8.10. COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN REBELIÓN, REVOLUCIÓN, SUBLEVACIÓN, ASONADAS, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, SUBVERSIÓN Y TERRORISMO.

8.11. PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS Y DESAFÍOS QUE SEAN REMUNERADOS O SEAN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL DEL ASEGURADO.

8.12. 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.

8.13. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.

8.14. 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. 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.

8.15. NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.

8.16. 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 ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

8.17. ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.

8.18. CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UNA PERSONA QUE NO TENGA LICENCIA PARA EJERCER LA MEDICINA.

8.19. EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE 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.

2.4. MUERTE ACCIDENTAL.

CARDIF NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL VALOR ASEGURADO SI LA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL SE DA COMO CONSECUENCIA DE:

- A. GUERRA, GUERRA CIVIL, ACTOS DE GUERRA, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, CONMOCIÓN CIVIL.
- B. RADIACIONES NUCLEARES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD PROVENIENTE DE COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER TIPO DE FUSIÓN NUCLEAR.
- C. ACTIVIDADES PELIGROSAS TALES COMO MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO (ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA MIEMBROS DE LAS FUERZAS MILITARES O DE LA POLICÍA NACIONAL).
- D. PARTICIPACIÓN EN PELEAS Y/O ACTOS DE AGRESIÓN.
- E. ENVENENAMIENTO A NO SER QUE HAYA SIDO ACCIDENTAL.
- F. MUERTE DEL ASEGURADO CUANDO ÉSTA SEA CÓMO CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE ÉSTE EN ACTOS CRIMINALES.

3. DEFINICIONES.

3.1. ASEGURADO: PERSONA NATURAL TITULAR DE UNA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA S.A.

3.2. BENEFICIARIOS: PARA LOS AMPAROS DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y ENFERMEDADES GRAVES: TUYA S.A. Y/O ASEGURADO.

PARA LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL Y AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN: LOS



BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS BENEFICIARIOS DE LEY.

3.3. DEPORTES DE ALTO RIESGO: ES LA PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A DEPORTES COMO EL BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑA, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, DEPORTES PROFESIONALES O CARRERAS QUE NO SEAN A PIE.

3.4. EDAD MÁXIMA DE INGRESO: ES LA EDAD HASTA LA CUAL UNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES PARA SER ASEGURADA PUEDE CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

3.5. 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, LA PÓLIZA SE DARÁ POR TERMINADA DE ACUERDO A LO INDICADO EN LA CONDICIÓN PARTICULAR 15.

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

3.7 EVENTO: TODO HECHO CUYAS CONSECUENCIAS ESTÉN AMPARADAS POR ALGUNA DE LAS COBERTURAS DEL OBJETO DEL SEGURO.

3.8 EXCLUSIONES: SE REFIERE A TODOS AQUELLOS HECHOS, SITUACIONES O CONDICIONES NO CUBIERTOS POR EL CONTRATO DE SEGURO, Y QUE SE ENCUENTRAN EXPRESAMENTE INDICADOS EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

3.9 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.

3.10 PERÍODO DE CARENIA: CORRESPONDE AL 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 CARENIA SERÁ EL INDICADO EXPRESAMENTE EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES Y PARA LOS PRODUCTOS DE PRIMA MENSUAL EL MISMO NO VOLVERÁ A SER CONTABILIZADO EN CASO DE RENOVACIÓN.

3.11 PERÍODO 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.

3.12 PREEXISTENCIAS. DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3.13 TOMADOR: EL ASEGURADO.

4. VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA.

PARA TARJETAS DE CRÉDITO RESPECTO DE LAS CUALES LOS CLIENTES AUTORICEN CARGAR AL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LA TARJETA, EL MONTO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A EL (LOS) SEGURO(S) CONTRATADO(S): EL SEGURO ENTRARÁ EN VIGENCIA CON LA ACTIVACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA S.A., DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL UN PERIODO DE CARENIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS Y PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES UN PERIODO DE CARENIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 90 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL O ANUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE SE MANTENGA ACTIVA Y VIGENTE LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA S.A., Y HASTA



CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

PARA TARJETAS DE CRÉDITO RESPECTO DE LAS CUALES LOS CLIENTES AUTORICEN CARGAR CON POSTERIORIDAD A LA EXPEDICIÓN DE LA TARJETA, EL MONTO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A EL (LOS) SEGURO(S) CONTRATADO(S): LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO MANIFIESTE SU CONSENTIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DEL PRODUCTO Y SE REALICE EL CARGO EFECTIVO DEL VALOR DE LA PRIMA DEL SEGURO EN LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA S.A., DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL UN PERIODO DE CARENIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS Y PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES UN PERIODO DE CARENIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 90 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL O ANUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE SE MANTENGA ACTIVA Y VIGENTE LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA TUYA S.A., Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

5. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

LA PRIMA SERÁ ANUAL O MENSUAL Y CORRESPONDERÁ A UN VALOR FIJO, EL CUAL EN TODO CASO ESTARÁ CONSIGNADO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

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 PARA EXIGIR EL PAGO DE LA 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 ESTAS CONDICIONES PARTICULARES.

8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

PARA TODOS LOS AMPAROS:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 63 AÑOS + 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 64 AÑOS+ 364 DÍAS.

9. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES Y PRIMAS.

LOS VALORES ASEGURADOS Y LA PRIMA DE SEGURO SON LOS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN.



AMPARO	VALOR ASEGURADO	
	PLAN 1	PLAN 2
DESEMPLEO INVOLUNTARIO.	8 PAGOS MENSUALES CADA UNA DE \$120.000.OO A SER RECONOCIDAS A TUYAS.A.	8 PAGOS MENSUALES CADA UNA DE \$220.000.OO A SER RECONOCIDAS A TUYA S.A.
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	HASTA 4 PAGOS MENSUALES CADA UNA DE \$240.000.OO A SER RECONOCIDAS A TUYA S.A., DE ACUERDO CON EL NÚMERO DE DÍAS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS.	HASTA 4 PAGOS MENSUALES CADA UNA DE \$440.000.OO A SER RECONOCIDAS A TUYAS.A., DE ACUERDO CON EL NÚMERO DE DÍAS DE INCAPACIDAD CERTIFICADOS.
ENFERMEDADES GRAVES	12 PAGOS MENSUALES CADA UNA DE \$120.000.OO DIRIGIDAS A LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA S.A.	12 PAGOS MENSUALES CADA UNA DE \$220.000.OO DIRIGIDAS A LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYAS.A.
MUERTE ACCIDENTAL	24 PAGOS MENSUALES CADA UNA DE \$120.000.OO.	24 PAGOS MENSUALES CADA UNA DE \$220.000.OO.
AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO	\$3.000.000.OO	\$3.000.000.OO
PRIMA MENSUAL SIN IVA	\$7.672	\$11.983
PRIMA MENSUAL CON IVA	\$8.900	\$13.900
PRIMA ANUAL SIN IVA	\$92.069	\$143.793
PRIMA ANUAL CON IVA	106.800	\$166.800

10. PERÍODO DE CARENCIA.

- PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE CARENCIA DE 60 DÍAS.
- PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE CARENCIA DE 90 DÍAS.
- PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: NO SE ESTABLECE PERIODO DE CARENCIA ALGUNO.

11. PERÍODO DE ESPERA.

- PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y ENFERMEDADES GRAVES: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE ESPERA DE 30 DÍAS.

- PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: NO SE ESTABLECE PERIODO DE ESPERA ALGUNO.
- PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: NO SE ESTABLECE PERIODO DE ESPERA ALGUNO.

12. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

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 EL AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

- 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, ENFERMEDADES GRAVES Y MUERTE ACCIDENTAL 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 4 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 DE LA PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON EL LÍMITE DE LA COBERTURA, DEBIÉNDOSE APLICAR EL PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, 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 CUBRIRÁ EL PRIMER DIAGNÓSTICO POR CADA ENFERMEDAD GRAVE AQUÍ CUBIERTA. 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.

PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: SE INDEMNIZARÁ UN ÚNICO EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO SUSCRITA ENTRE CARDIF Y EL TOMADOR.

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 VERBAL O ESCRITA, DE PARTE DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO.
4. MUERTE DEL ASEGURADO.

16. REVOCACIÓN UNILATERAL.

EN CASO DE QUE EL TOMADOR, AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, PROCEDA A SOLICITAR ANTE CARDIF, LA REVOCACIÓN UNILATERAL DEL

CONTRATO DE SEGURO, LA DEVOLUCIÓN DE PRIMA NO DEVENGADA A SER RECONOCIDA A FAVOR DEL TOMADOR, SE EFECTUARÁ CONFORME LA SIGUIENTE METODOLOGÍA:

RANGOS DE TIEMPO	PORCENTAJE DE LA PRIMA A DEVOLVER
DESDE EL MOMENTO DEL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y/O SUS RENOVACIONES Y HASTA DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES	100% DEL VALOR DE LA PRIMA DE SEGURO PAGADA POR EL ASEGURADO.
UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y/O SUS RENOVACIONES Y HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA DE ÉSTE.	100% DEL VALOR TOTAL DE LA PRIMA DE SEGURO PAGADA MENOS LOS MESES Y DÍAS QUE EL ASEGURADO ESTUVO PROTEGIDO.

ASÍ MISMO, EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO 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.

PARA LOS CASOS DE PRIMA MENSUAL Y VIGENCIA MENSUAL NO SE APLICARÁ LA METODOLOGÍA ANTERIORMENTE DESCRITA

17. CONDICIONES DE INDEMNIZACIÓN.

- **PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO:** EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DEL (LOS) BENEFICIARIO(S).

PLAN 1: 8 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$120.000.OO, PAGADAS DIRECTAMENTE A LA TARJETA DE CRÉDITO DEL ASEGURADO EMITIDA POR TUYA S.A.

PLAN 2: 8 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$220.000.OO, PAGADAS DIRECTAMENTE A LA TARJETA DE CRÉDITO DEL ASEGURADO EMITIDA POR TUYA S.A.

- PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DEL (LOS) BENEFICIARIO(S):

PLAN 1: HASTA 4 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$240.000.OO, PAGADAS DIRECTAMENTE A LA TARJETA DE CRÉDITO DEL ASEGURADO EMITIDA POR TUYA S.A.

PLAN 2: HASTA 4 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$440.000.OO, PAGADAS DIRECTAMENTE A LA TARJETA DE CRÉDITO DEL ASEGURADO EMITIDA POR TUYA S.A.

- PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DEL (LOS) BENEFICIARIO(S).

PLAN 1: 12 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$120.000.OO PAGADAS DIRECTAMENTE A LA TARJETA DE CRÉDITO DEL ASEGURADO EMITIDA POR TUYA S.A.

PLAN 2: 12 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$220.000.OO PAGADAS DIRECTAMENTE A LA TARJETA DE CRÉDITO DEL ASEGURADO EMITIDA POR TUYA S.A.

- PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL Y AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO: EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS BENEFICIARIOS DE LEY.

18. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

18.1. 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 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.

18.2. 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.
- CERTIFICADOS O 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 ARL, MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL O MÉDICO AFILIADO A LA MEDICINA PREPAGADA DEL ASEGURADO.

AMPLIACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- EN CASO DE AMPLIACIÓN O EXTENSIÓN DEL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADOS O EXÁMENES MÉDICOS, EN ORIGINAL O COPIA, QUE ACREDITEN CONTINUIDAD DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, 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. EL MÉDICO O ESPECIALISTA QUE OTORQUE LA INCAPACIDAD NO PODRÁ SER FAMILIAR HASTA EN TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y SEGUNDO DE AFINIDAD DEL ASEGURADO.

18.3. 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.
- CERTIFICADOS O 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. EL MÉDICO O ESPECIALISTA QUE EMITA EL DICTAMEN NO PODRÁ SER FAMILIAR HASTA EN TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y SEGUNDO DE AFINIDAD DEL ASEGURADO.

- EXÁMENES QUE COMPRUEBAN EL PADECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (BIOPSIA, RADIOGRAFÍAS, ETC.)

18.4. PARA EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL.

AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AL ASEGURADO/BENEFICIARIO LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE SUGIERE QUE EN CASO DE MUERTE DE UN ASEGURADO, EL (LOS) BENEFICIARIO (S) ALLEGUE (N) LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN LOS ÚNICOS POR MEDIO DE LOS CUALES SE PUEDE PROBAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO:

- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL (LOS) BENEFICIARIO(S).
- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- ORIGINAL O COPIA DEL REGISTRO CIVIL O NOTARIAL DE DEFUNCIÓN.
- NECROPSIA.
- .
- EN CASO DE MUERTE PRESUNTA SE ADJUNTARÁ COPIA DE SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA DONDE SE INDIQUE LA PRESUNTA FECHA DE MUERTE.

19. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O 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. 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.

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 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 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.

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.

23. AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, AUTORIZAN A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS, SUMINISTRE INFORMACIÓN



ENTRE COMPAÑÍAS ASEGURADORAS, CONSULTA O TRANSFERENCIA DE DATOS, CON CUALQUIER AUTORIDAD QUE LO REQUIERA EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR, CONSULTE, INFORME, GUARDE EN SUS ARCHIVOS Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO QUE CONSIDERE NECESARIO O A CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RESULTE DE TODAS LAS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE Y BAJO CUALQUIER MODALIDAD SE LE HAYA OTORGADO O SE LE OTORQUE EN EL FUTURO, ASÍ COMO SOBRE NOVEDADES, REFERENCIAS Y MANEJO DE LA PÓLIZA Y DEMÁS SERVICIOS QUE SURJAN DE ESA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARAN CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES.

24. 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 SALVAMENTO O DE COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

25. SUSPENSIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PODRÁ SUSPENDER TRANSITORIAMENTE EL ANÁLISIS DE UNA RECLAMACIÓN CUANDO LA MISMA CAREZCA DE LA DOCUMENTACIÓN Y/O INFORMACIÓN SOLICITADA DURANTE EL PROCESO DE RECLAMACIÓN.

ESTA SUSPENSIÓN SERÁ INFORMADA AL RECLAMANTE CON LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA LA CONTINUACIÓN DEL ANÁLISIS.

ASÍ MISMO CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PODRÁ SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTO O INFORMACIÓN ADICIONAL QUE SEAN NECESARIOS PARA PODER DETERMINAR LA

OCURRENCIA O LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO.

26. 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 PRESTACIÓN DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO, A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PARA EFECTUAR TODO TRATAMIENTO, UTILIZACIÓN, REVELACIÓN O APROVECHAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL, NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS DEBERES LEGALES, INCLUSO A TERCEROS (EJ: PROVEEDORES TECNOLÓGICOS, OPERADORES LOGÍSTICOS O REASEGURADORES) CUANDO ELLO SE HAGA INDISPENSABLE, Y PARA EL DESARROLLO DE LAS RELACIONES CONTRACTUALES RELEVANTES O PARA CUALQUIER OPERACIÓN QUE LES RESULTE AFÍN, COMPLEMENTARIA O ASOCIADA.

EL ASEGURADO SE OBLIGA A INFORMAR OPORTUNAMENTE TODO CAMBIO Y/O ACTUALIZACIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL SUMINISTRADA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.

27. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO.

DEFENSOR PRINCIPAL. JOSÉ FEDERICO USTÁRIZ GONZÁLEZ.

DEFENSOR SUPLENTE. LUIS HUMBERTO USTÁRIZ GONZÁLEZ.

CORREO:

ELECTRÓNICO:DEFENSORIACARDIF@USTARIZA
BOGADOS.COM

TELÉFONO: 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.

28. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

- A NIVEL NACIONAL: 018000930102

- BOGOTÁ D.C.: 7423277



**BNP PARIBAS
CARDIF**

ASEGURADOR

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES