

PÓLIZA DE DESEMPLEO Y RENTA POR HOSPITALIZACIÓN PARA TARJETA MEFÍA

Este seguro es para ti, si eres asalariado o independiente, por favor ten en cuenta que solo te cubrimos los siguientes eventos:

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ART. 184 DEL EOSF Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, CADA UNA DE LAS EXCLUSIONES SERÁN ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

Para Plan 2: Éste seguro es para ti si eres empleado.

Para Plan 3: Éste seguro es para ti y tu cónyuge si ambos son empleados.

Por favor ten en cuenta que sólo cubriremos los siguientes eventos:

1. COBERTURAS

1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

¿Qué me cubre? Usted recibirá el pago del valor asegurado, cuando pierda su trabajo y se encuentre en alguna de las situaciones descritas a continuación:

- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término Indefinido o verbal y tiene una continuidad en su trabajo por más de 6 meses y es despedido sin justa causa.
- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término Fijo por más de 12 meses y el contrato finaliza antes del término inicialmente establecido y no exista justa causa en la terminación
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor por más de 12 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el empleador.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios por más de 12 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el contratante
- Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculados por más de 12 meses consecutivos con el mismo empleador, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo

IMPORTANTE

- Únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 31 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Cuando exista terminación del contrato por mutuo acuerdo es necesario el reconocimiento de una indemnización o bonificación al momento de la terminación.
- Se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos del mismo tipo, siempre y cuando éste periodo no supere quince (15) días hábiles

¿Qué NO te cubrimos?

1 Renuncias

2 Despidos con justa causa

3 Suspensión del contrato de trabajo

1.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

¿Qué te cubrimos? Recibirás el pago del valor asegurado, sí durante la vigencia de la póliza el asegurado es internado en una clínica o centro hospitalario por cualquier causa.

IMPORTANTE

- Esta cobertura solo cubre dos (02) eventos al año, cada evento de hospitalización reclamada deberá durar mínimo dos (02) días y máximo quince (15) días.
- Bajo esta cobertura se aplica el concepto de recaída, el cual considera que sí el asegurado es hospitalizado de nuevo dentro de los 60 días siguientes a la hospitalización reportada previamente, ésta se considerará como una recaída y se tomará como parte del primer evento
- Sí la nueva hospitalización ocurre después de transcurridos 60 días desde la fecha de hospitalización reportada previamente, se considerará un nuevo evento y el beneficiario tendrá derecho al pago de la renta por hospitalización, siempre y cuando no se excedan los eventos cubiertos por año en la presente cobertura.

¿Qué NO te cubrimos?

1	El intento de suicidio
2	Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego.
3	Lesiones, enfermedades, accidentes o padecimientos ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro
4	Cualquier condición relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia humana (sida) o virus de inmunodeficiencia humana

2. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

En adición a la Fotocopia del documento de identidad del asegurado y/o beneficiario, y el formulario de declaración de siniestro, debes presentar:

DESEMPLEO	RENTA POR HOSPITALIZACIÓN
Documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, que especifique la siguiente información: (i) tipo de contrato, (ii) causal de terminación (iii) fecha de inicio y terminación del contrato. (iv) Soporte de indemnización o bonificación para contratos fijos e indefinidos. (v) Para contratos de obra labor, prestación de servicios, carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y contratos en provisionalidad, certificación de continuidad laboral mínima de 12 meses	Historia clínica o epicrisis.

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

3. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

1

Complete los documentos

2

Radique en las oficinas de MEFÍA, en el correo siniestros@cardif.com.co o a través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3203691971

3

Nos contactaremos con usted para informarle la resolución del caso.

IMPORTANTE

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.

4. 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 11ª N° 96 - 51 oficina 203, Edificio Oficity, Bogotá, D.C., o en los teléfonos: 60(1) 6108161 y 60(1) 6108164. Horario de atención de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m. jornada continua.
- Página web <https://ustarizabogados.com>
- APP Defensoría Consumidor Financiero
- A través de nuestra página web <https://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.

5. DEFINICIONES

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

ASEGURADO

Plan 2: el cliente de MEFÍA S.A.S Plan 3: el cliente de MEFÍA S.A.S y su cónyuge

BENEFICIARIO

Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

• Para la cobertura de **Desempleo y Renta Diaria por Hospitalización**: En los casos en los que NO se efectúen pagos anticipados totales del crédito, y mientras el crédito continúe vigente, el beneficiario será **MEFIA S.A.S.** En los casos en los que SI se efectúen pagos anticipados totales del crédito, y por ende dicho crédito NO continúe vigente, el beneficiario será **EL ASEGURADO**

TERMINACIÓN CON JUSTA CAUSA

Terminación del contrato de trabajo de acuerdo con las causales del artículo 62 del Código Sustantivo del Trabajo.

VALOR ASEGURADO

Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.