

CLAUSULADO GENERAL DE ACCIDENTES PERSONALES

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., quien en adelante se denominará LA COMPAÑÍA con sujeción a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el tomador, en las individuales presentadas por los Asegurados, que forman parte integrante de esta póliza, así como en las condiciones generales y particulares, indemnizará el valor asegurado contratado, una vez acredite la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN AMPARO BÁSICO - PERDIDA ACCIDENTAL DE LA VIDA

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., indemnizará el valor asegurado contratado, a los beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales, una vez se acredite que durante la vigencia de la póliza, El Asegurado ha perdido accidentalmente la vida, como consecuencia única, exclusiva y directa, de lesiones físicas sufridas en un accidente amparado por la póliza y no excluido por ella.

Para efectos exclusivos del presente amparo básico, se entiende como pérdida accidental de la vida, la muerte del Asegurado, originada en una lesión corporal sufrida por él, ajena a su voluntad, que sea consecuencia exclusiva y directa de un hecho súbito, externo, fortuito amparado por la póliza, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendarios siguientes a la fecha del accidente.

DESAPARECIMIENTO

Para todos los efectos del presente amparo básico, se entenderá también como muerte accidental del Asegurado, cuando ocurra alguno de los eventos a continuación señalados, que de origen a la declaración judicial de muerte presunta por desaparición, con arreglo a la ley Colombiana:

- A) La desaparición en catástrofes naturales tales como terremotos, inundaciones, maremotos.
- B) La desaparición en un río, lago, o mar.
- C) La desaparición como consecuencia del extravío, caída, explosión, naufragio o encalladura de cualquier vehículo, respecto del cual no exista exclusión expresa de cobertura.

CONDICIÓN SEGUNDA - AMPAROS ADICIONALES

Para los efectos del presente seguro y con sujeción a las condiciones contractuales, el Asegurado podrá incluir los amparos opcionales o adicionales, previo pago de la prima correspondiente y que haya sido indicado en el cuadro de declaraciones.

CONDICIÓN TERCERA - EXCLUSIONES

La presente póliza no ampara ni considera como muerte accidental del Asegurado aquella que sea consecuencia directa o indirecta de:

- A) Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones auto inflingidas, bien que el Asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
- B) Las lesiones o muerte causadas por terceras personas, con arma de fuego, corto punzante o contundente.
- C) La lesión o muerte originadas por la participación del asegurado en competencias de velocidad o resistencia o cualquier tipo de competencia deportiva peligrosa.
- D) Las lesiones o muerte por dedicarse el asegurado a practicar o tomar parte en entrenamientos propios de deportes considerados en la literatura mundial como de alto riesgo, tales como buceo, alpinismo o escalada en roca, montañismo, escalada en hilo donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, carreras de autos o que se dedique profesionalmente a algún deporte.
- E) Las lesiones o muerte del asegurado en caso de guerra, invasión o acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra, haya mediado o no declaración, guerra civil, sedición, revolución, asonada, motín, huelga, movimientos subversivos o en general cualquier clase de conmoción civil.
- F) Las lesiones o muerte del asegurado por haber ingerido drogas tóxicas, alucinógenos o ingestión de estupefacientes. O cuando la persona asegurada conduzca cualquier clase de vehículo después de consumir alcohol etílico.
- G) Las lesiones o muerte originadas en enfermedades físicas, congénitas, mentales, cualquier dolencia o tara preexistente, enfermedades infecciosas excepto las infecciones bacterianas contraídas por una lesión accidental.
- H) Cuando el accidente es consecuencia de haber infringido cualquier norma legal por parte del Asegurado.
- I) Por intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas, las causadas por tratamientos médicos o rayos X, choques eléctricos etc., salvo que ellas obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
- J) La causada en accidente de aviación, cuando el Asegurado viaje como piloto o miembro de la tripulación de cualquier aeronave, salvo que vuele como pasajero en una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros, pagando tiquete.
- K) La lesión o muerte originada en infecciones producidas por picaduras de insectos tales como malaria, tifo, fiebre amarilla.
- L) Mientras el Asegurado se encuentre en servicio activo y en ejercicio de sus funciones, como militar, policía miembro de organismo



de seguridad, de inteligencia, guardaespaldas o vigilante de cualquier país o autoridad.

- M) La originada como consecuencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida S.I.D.A. o las enfermedades relacionadas con el virus V.I.H.**
- N) La lesión o muerte debida al estado de gestación, alumbramiento, aborto o complicaciones sufridas a causa de cualquiera de estos estados.**

CONDICIÓN CUARTA - TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un determinado número de personas naturales que conforman el grupo asegurable, siendo responsable de todas las obligaciones que como tal le incumbe, conforme la ley y en especial el pago de la prima.

CONDICIÓN QUINTA - GRUPO ASEGURADO Y GRUPO ASEGURABLE

Se entiende por grupo asegurado, el conformado por las personas que tienen el carácter de asegurables y se encuentren amparados por la presente póliza.

Para efectos del presente contrato son asegurables, las personas naturales, mayores de 18 años y menores de 65 años, vinculadas en virtud de una situación legal o reglamentaria con una persona jurídica, asociación, sociedad u organización con las cuales tengan relación estable de la misma naturaleza y cuyo vínculo no tenga como relación exclusiva el propósito de celebrar el presente contrato de seguro.

CONDICIÓN SEXTA - VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el formulario de aceptación y a falta de este, el establecido en el certificado individual de seguro.

CONDICIÓN SÉPTIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del Grupo Asegurado, al presentarse alguna de las siguientes causas:

1. Por muerte del Asegurado.
2. Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada.
3. Por vencimiento y no renovación de la póliza, a la cual accede el certificado de seguro individual del asegurado.
4. Por revocación de la póliza por parte del Tomador o del seguro por parte del Asegurado.
5. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el Asegurado cumpla setenta y cinco (75) años. Cuando LA COMPAÑÍA paga la indemnización por la afectación de uno o varios amparos que agoten el valor máximo del seguro.

Las causas consagradas en esta cláusula no se aplican si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración o si ya celebrado el contrato se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICIÓN OCTAVA - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Corresponde a cada uno de los integrantes del grupo asegurable hacer la designación de sus propios beneficiarios. En ningún caso El Tomador puede intervenir en la designación de beneficiarios ni serlo tampoco.

Cuando no se hubiere designado Beneficiario o la designación fuere ineficaz o quedare sin efecto por cualquier causa, tendrán la condición de tales, el cónyuge del respectivo Asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad. Igual regla se aplicará en el evento de haber sido designados genéricamente como beneficiarios los herederos del Asegurado.

CONDICIÓN NOVENA -RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, en iguales condiciones, por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la condición PAGO DE PRIMAS de la presente póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA - PAGO DE LAPRIMA

El pago de la prima en el presente seguro se efectuará de manera anual, semestral, trimestral mensual conforme acuerdo entre las partes y conforme a la tarifa que aparece en la solicitud - certificado de seguro y los amparos contratados.

El tomador es responsable por el pago de las primas, por lo cual debe tener en cuenta que si la presente póliza de accidentes personales tiene el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, le corresponde al asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador efectúe el pago de la prima a LA COMPAÑÍA. Si la presente póliza tiene el carácter de no contributivo la totalidad de la prima debe ser sufragada por el tomador, este debe disponer de los recursos necesarios para el pago oportuno de la prima. El pago de la primera cuota o prima es condición indispensable para que inicie la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al Tomador y al Asegurado un período de gracia de un mes contado a partir del vencimiento del lapso indicado en el párrafo anterior. Por consiguiente si ocurre algún siniestro, LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente,

Código Condicionado:

Nota Técnica:

previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva. Si las primas correspondientes a la primera cuota, no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y el Asegurado individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo; la reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubiere retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del contrato de seguro. Si la declaración se hace sin sujeción a un cuestionario determinado, la inexactitud o reticencia producen igual efecto si El Tomador, o El Asegurado ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o reticencia proviene de error inculpable al Asegurado o al Tomador el contrato de seguro no será nulo, pero LA COMPAÑÍA sólo estará obligada en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o prima señalada en el contrato represente respecto a la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o inexactitud proviene del Asegurado, se aplicara las mismas sanciones respecto de su seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA - SINIESTROS

En caso de siniestro que pueda dar lugar a la reclamación bajo la presente póliza, El Asegurado y/o Beneficiario según el caso, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA de la ocurrencia del siniestro, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, a la fecha de este.

Para que LA COMPAÑÍA, efectúe el pago de la indemnización correspondiente a la presente póliza, El Asegurado o los Beneficiarios, según sea el caso, presentaran pruebas fehacientes, que demuestren la existencia del hecho amparado. Sin embargo LA COMPAÑÍA podrá comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, teniendo derecho y la oportunidad, a través de sus médicos de examinar a la persona asegurada, mientras dure la reclamación o se encuentre pendiente una reclamación contra la presente póliza.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización al Asegurado o a los Beneficiarios, según sea el caso, dentro del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado o beneficiario haya formalizado la reclamación.

El Asegurado, los Beneficiarios, los herederos legales o sus representantes personales, según el caso, quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza, en caso de que la reclamación presentada a LA COMPAÑÍA sea de cualquier manera fraudulenta o, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o documentos engañosos o dolosos o cualquier otro medio para sustentarla.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El Asegurado podrá revocar unilateralmente el contrato de seguro mediante aviso dado a LA COMPAÑÍA, por escrito.

El Tomador será responsable en tal caso de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación, incluyendo las primas a prorrata por el período que comienza con el plazo de gracia y termina en la fecha de revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.

PARÁGRAFO: Si el Asegurado es quien solicita la terminación del contrato de seguro, ello ocurrirá en la fecha de recibo de la solicitud escrita por parte de LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA puede notificar al Asegurado titular la terminación del seguro, mediante noticia escrita enviada a la última dirección conocida de su domicilio, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA – PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescribirán de manera 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 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.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA - DUPLICIDAD DE PÓLIZAS

El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con LA COMPAÑÍA. En caso de estarlo, ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que LA COMPAÑÍA se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente con la póliza que le proporcione el mayor beneficio. LA COMPAÑÍA devolverá en tal caso, el valor de la prima pagada en la otra póliza, reconociendo solamente el interés legal.

La presente póliza no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a LA COMPAÑÍA, la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La suma asegurada correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo asegurado, se considerará individualmente, de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la póliza, según el valor del seguro acordado específicamente para cada uno de los integrantes. En caso de tener amparos adicionales será el valor del seguro acordado específicamente para él.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA - LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD POR EVENTO CATASTRÓFICO

Cuando la presente póliza otorgue cobertura para un número plural de asegurados, LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso, por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado. Si la totalidad de las sumas que individualmente hubiere debido pagar LA COMPAÑÍA a consecuencia de un solo accidente, excediera del expreso límite agregado de responsabilidad, LA COMPAÑÍA pagará a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad por evento catastrófico.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes establecido en la carátula de la póliza, República de Colombia.

ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES AMPARO POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO TRABAJADORES DEPENDIENTES

CONDICIONES ESPECÍFICAS

CONDICIÓN PRIMERA: COBERTURA:

Mediante este anexo, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., asume por una sola vez por vigencia, el riesgo de Desempleo Involuntario del asegurado ocurrido con posterioridad a la suscripción de esta cobertura y vencido el período de carencia, que sea como consecuencia de:

- Terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono sin justa causa.
- Declaratoria de insubsistencia.
- Despido de empleados de libre nombramiento y remoción.
- Supresión de cargos por fusión de entidades públicas o privadas.
- Terminación unilateral del contrato por parte del trabajador argumentando justa causa contenida en el Código Sustantivo del Trabajo (Art. 62 literal b).
- Terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono con justa causa argumentando demanda por alimentos.
- Terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono con justa causa argumentando embargo civil por terceros.
- Despido masivo sin autorización del Ministerio de la Protección Social.
- Liquidación o cierre definitivo de la empresa o entidad.
- Cuando termine el contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre las partes y en la liquidación final de prestaciones de dicho trabajador se haya reconocido y pagado una bonificación no menor al 75% de la indemnización legal o convencional que le hubiese correspondido en caso de un despido sin justa causa.

Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas LA COMPAÑÍA pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en el cuadro de beneficios del certificado individual de seguro.

PARÁGRAFO 1. PERÍODO DE CARENCIA: El presente anexo de Desempleo Involuntario, tendrá un período de carencia definido en el certificado individual de seguro, contado a partir de la expedición de la solicitud certificado.

PARÁGRAFO 2. REPETICIÓN POR NO COBERTURA. CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., se reserva el derecho de repetir contra el Asegurado cuando cese el Desempleo Involuntario, sin que éste haya avisado tal circunstancia a la aseguradora. En dicho caso, el Asegurado deberá reintegrar a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., la suma asegurada pagada indebidamente, más los intereses liquidados, al máximo interés moratorio bancario legalmente vigente, al momento del pago.

CONDICIÓN SEGUNDA: EXCLUSIONES

El amparo otorgado en este anexo no cubre el desempleo Involuntario ocurrido como consecuencia directa o indirecta de:

1. Renuncia voluntaria al empleo, trabajo temporal, contrato a término fijo o duración definida, auto empleo o por cuenta propia o contratista independiente.
2. Terminación unilateral del contrato por parte del empleador argumentando justa causa contenida en el Código Sustantivo del Trabajo (Art. 62 literal a).
3. Desempleo que ocurra dentro del período de carencia estipulado en el certificado individual de seguro.



4. Pérdida de los ingresos que, bajo cualquier forma, se hubiera generado como resultado de:
 - Muerte del asegurado
 - Acciones de guerra, declarada o sin declarar.
 - Catástrofe nuclear.
5. Si a la fecha de ingreso a la póliza, el trabajador lleva menos del tiempo estipulado como antigüedad laboral en el certificado individual de seguro con un mismo empleador, no existirá cobertura.
6. Despido colectivo con autorización del Ministerio de la Protección Social.
7. Contratos verbales.
8. Retiro por jubilación, Invalidez o vejez

CONDICIÓN TERCERA: DEFINICIONES

- 3.1. **VALOR ASEGURADO:** El valor asegurado será hasta el máximo de la cuota mensual ordinaria que tenga el asegurado con el beneficiario designado a título oneroso y hasta por el período pactado u ofrecido en la oferta de producto, sin que supere el valor contratado en el certificado individual de seguro.
- 3.2. **CUOTA MENSUAL ORDINARIA:** Es el valor mensual incorporado en el extracto o factura emitido por el beneficiario a título oneroso, que debe ser pagado por el asegurado, dentro de las fechas límites de pago. Para efectos de este seguro, no hace parte de la cuota mensual ordinaria los intereses de ahorro, cuotas de ahorro, cuotas o pagos atrasados que tuviere el asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro. Así mismo, con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, no hace parte del valor asegurado los faltantes de cuota mensual ordinaria que resultare una vez recibida la indemnización, o el incremento de las cuotas cualquiera que sea su causa.
- 3.3. **BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO:** Será beneficiario a título oneroso la persona jurídica designada por el asegurado en el certificado individual de seguro, mientras subsista el interés que legitima la designación.
- 3.4. **FRANQUICIA:** En el presente anexo de desempleo involuntario, se estipula un período de franquicia de un (1) mes. Ocurrido el siniestro CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., pagará a partir del segundo mes de desempleo involuntario, el valor asegurado contratado sin superar el valor máximo de la indemnización.
- 3.5. **VALOR MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN:** CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., una vez ocurrido el siniestro reconocerá como tope máximo de indemnización, hasta el máximo de la cuota mensual ordinaria y hasta por un término máximo definido en el certificado individual de seguro. Cualquier suma de dinero pagada al beneficiario a título oneroso designado por el asegurado, se entenderá realizada por cuenta de la indemnización a que tiene derecho el asegurado y por lo tanto no existirá obligación de ninguna naturaleza entre CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., y el beneficiario a título oneroso designado por el asegurado.
Parágrafo: si vencido el periodo de franquicia, el desempleo es inferior a un mes, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., pagará el valor asegurado a razón de un treintavo (1/30) del pago mensual por cada día que permanezca desempleado el asegurado, según el plan contratado.
- 3.6. **DESTINACIÓN ESPECÍFICA DE LA INDEMNIZACIÓN:** La indemnización tendrá destinación específica para cubrir las cuotas o pagos periódicos ordinarios que tenga el asegurado con el beneficiario a título oneroso designado por éste en la solicitud de seguro.
- 3.7. **REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:** Para ser asegurado para este anexo, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:
 1. Edad mínima de 18 años y máxima de ingreso 64 años con permanencia hasta los 65 años.
 2. Tener vigente el amparo básico de ACCIDENTES PERSONALES de la póliza de seguro de ACCIDENTES PERSONALES colectiva a la cual accede el anexo de desempleo involuntario.
 3. A la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura adicional:
 - Trabajar en virtud de un contrato de trabajo celebrado según la legislación laboral colombiana, de jornada ordinaria, de tiempo completo y término indefinido o mediante situación legal o reglamentaria.
 - Haber estado trabajando en las condiciones arriba descritas durante los últimos seis (6) meses en forma ininterrumpida;
 - Pertenecer al grupo asegurable.
 - Que en los créditos otorgados al asegurado por la entidad tomadora del seguro, se hayan cumplido todos los requisitos exigidos en el reglamento de créditos de cada entidad.
 - Que durante la vigencia del seguro de ACCIDENTES PERSONALES colectivo y del Anexo adicional de Desempleo Involuntario, el asegurado este cotizando al Sistema de Seguridad Social en Pensiones.
- 3.8. **REELEGIBILIDAD:** Ocurrido un siniestro durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando haya pago de las primas, el asegurado restablecerá automáticamente la cobertura en la fecha de renovación anual del seguro. En caso de un nuevo siniestro se aplicará un período de franquicia de un mes y el asegurado deberá acreditar haber estado empleado durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de ocurrencia del nuevo siniestro.
- 3.9. **AVISO DEL SINIESTRO:** De conformidad con lo estipulado en el artículo 1075 del código de comercio, el asegurado o el beneficiario



estarán obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer.

3.10. PRUEBAS PARA LA RECLAMACIÓN: El asegurado o el beneficiario deberá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá emplear cualquier medio legalmente aceptado, no obstante, dada la naturaleza del amparo podrá presentar para el análisis de la reclamación los siguientes documentos:

- Carta del empleador donde se verifique el nombre de la entidad y NIT, dirección, teléfono, nombre de la persona que firmo, donde conste la causa de la terminación del contrato y fecha de cancelación del contrato.
- El asegurado afectado por la situación de Desempleo Involuntario, deberá obtener del ex - empleador una certificación, donde conste que tenía un contrato de trabajo celebrado según la legislación colombiana, de jornada ordinaria, de tiempo completo y a término indefinido.
- Certificación del ex - empleador, donde conste que el asegurado contaba con una antigüedad mínima de seis (6) meses de vinculación laboral a la misma empresa, copia del contrato de trabajo.
- Copia de la liquidación final de prestaciones sociales.
- Certificación de la entidad financiera, donde conste el valor de la cuota mensual ordinaria del crédito del asegurado ó valor de la factura mensual, debidamente autenticado y firmado por el representante legal o el gerente de la respectiva entidad tomadora del seguro.
- Copia de la planilla mensual correspondiente a la fecha de despido del asegurado, donde conste los aportes al Sistema General de Pensiones.
- Acta de conciliación celebrada entre el Asegurado y su empleador, ante autoridad judicial o administrativa competente.
- El Asegurado prestará su colaboración a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., para que constate la veracidad de las pruebas presentadas. Así mismo, prestará su consentimiento para que CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., y/o quien ésta designe, investigue en cualquier momento si se ha reubicado laboralmente.

3.11 CAUSALES DE TERMINACIÓN: La cobertura del anexo de Desempleo Involuntario termina en los siguientes casos:

1. En la fecha en que el Asegurado solicite por escrito la rescisión de esta cobertura.
2. Por terminación y no renovación de la póliza matriz.
3. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 1068 del código de comercio.
4. Cuando el asegurado deje de pertenecer a la entidad tomadora del seguro.
5. Cuando el asegurado le sea reconocido una pensión jubilación, invalidez o sobrevivencia.

3.12. PAGO DE LA PRIMA: La prima que a favor de LA COMPAÑÍA se cause por razón de la expedición del anexo Desempleo Involuntario deberá ser pagada dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la misma y de ahí en adelante en los períodos pactados.

3.13. RENOVACIÓN. El seguro será renovado anualmente por voluntad de las partes. La prima del seguro podrá ser ajustada de acuerdo con los resultados Técnicos de la póliza.

3.14. REVOCACIÓN DEL AMPARO: El Asegurado podrá revocar unilateralmente el anexo de Desempleo Involuntario mediante aviso dado a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., por escrito. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación. El asegurador podrá revocar unilateralmente el anexo de Desempleo Involuntario, mediante la forma y el procedimiento establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.

3.15 DUPLICIDAD DE AMPAROS El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. En caso de estarlo, ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente con la póliza que le proporcione el mayor beneficio. CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., devolverá en tal caso, el valor de la prima pagada en la otra póliza, reconociendo solamente el interés legal.

3.16 INTRANSFERIBILIDAD El presente anexo de Desempleo Involuntario no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido.

CONDICIÓN CUARTA: DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes establecido en la carátula de la póliza, República de Colombia.

NORMAS SUPLETORIAS: En Todo lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones legales del código de comercio Colombiano y de la póliza de ACCIDENTES PERSONALES Grupo a la cual accede el presente anexo.

ANEXO A LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES AMPARO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CONDICIONES ESPECÍFICAS

**Código Condicionado:
Nota Técnica:**

CONDICIÓN PRIMERA: COBERTURA:

Mediante este anexo, si se cumplen los requisitos de asegurabilidad, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., asume el pago del valor asegurado, si como consecuencia de un accidente o enfermedad, el asegurado fuere incapacitado total temporalmente, de acuerdo con la definición estipulada para este anexo.

PARÁGRAFO 1. El anexo de incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, sólo podrá ser contratado, en exceso de la seguridad social integral que debe tener obligatoriamente el asegurado, para poder acceder a este anexo.

PARÁGRAFO 2. Para tener acceso al presente anexo el trabajador independiente debe tener constitución mínima de 6 meses demostrable mediante certificado de Cámara de Comercio o del Rut.

PARÁGRAFO 3. PERÍODO DE CARENIA: El presente anexo de incapacidad temporal por accidente o enfermedad, tendrá un período de carencia definido en el certificado individual de seguro, contado a partir de la expedición de la solicitud-certificado.

CONDICIÓN SEGUNDA: DEFINICIÓN:

Se entiende por Incapacidad total temporal por Accidente o enfermedad, la imposibilidad del asegurado de desarrollar el trabajo que genera su remuneración y por lo tanto le impide ejercer sus actividades laborales temporalmente.

La incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, deberá estar debidamente demostrada mediante incapacidad expedida por la EPS.

CONDICIÓN TERCERA: EXCLUSIONES

El amparo otorgado en este anexo no cubre la incapacidad temporal ocurrida como consecuencia directa o indirecta de:

- a. Embarazo, parto, cesárea no programada o cualquier incapacidad total temporal que sea a consecuencia del embarazo.
- b. Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades (ya sea guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, sedición, revolución, asonada, motín, huelga, movimientos subversivos o en general cualquier clase de conmoción civil.
- c. Sirviendo en labores militares en las fuerzas armadas o de policía de cualquier país o autoridad internacional.
- d. Viajando como piloto o tripulante de naves aéreas incluyendo helicópteros.
- e. Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones auto infligidas, bien que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.
- f. Las lesiones que originen incapacidad que sean causadas por terceras personas, con arma de fuego, corto punzante o contundente.
- g. En la práctica, entrenamiento, o participación en competencias de deportes considerados como de alto riesgo, tales como buceo, alpinismo o montañismo, escalada e hilo donde se haga uso de sogas o guías espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, carreras que no sean a pie, o que se dedique profesionalmente a algún deporte.
- h. Residencia en el exterior por un período superior a tres (3) meses.
- i. Enfermedad preexistente, es decir, aquella en razón de la cual y dentro de los seis (6) meses anteriores a la expedición del presente anexo, determina que el asegurado haya sido atendido y tratado médicamente causando una incapacidad en los doce (12) meses siguientes contados a partir de la fecha de expedición del anexo.
Por lo tanto, la incapacidad que comienza doce (12) meses después de la fecha efectiva del certificado estará cubierta.
- j. La incapacidad producida dentro del periodo de carencia contado a partir de la fecha de vigencia del certificado.
- k. Accidente que ocurra estando el asegurado bajo efectos de bebidas alcohólicas.

CONDICIÓN CUARTA: CONDICIONES PARTICULARES

- 4.1. VALOR ASEGURADO:** El valor asegurado será hasta el máximo valor de la cuota mensual ordinaria que tenga el asegurado con el beneficiario designado a título oneroso y hasta por el período pactado u ofrecido en la oferta de producto, sin que supere el valor contratado en el certificado individual de seguro.
- 4.2 CUOTA MENSUAL ORDINARIA:** Es el valor mensual incorporado en el extracto o factura emitido por el beneficiario a título oneroso, que debe ser pagado por el asegurado, dentro de las fechas límites de pago. Para efectos de este seguro, no hace parte de la cuota mensual ordinaria los intereses de ahorro, cuotas de ahorro, cuotas o pagos atrasados que tuviere el asegurado al momento de la ocurrencia del siniestro. Así mismo, con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, no hace parte del valor asegurado los faltantes de cuota mensual ordinaria que resultare una vez recibida la indemnización, o el incremento de las cuotas cualquiera que sea su causa.
- 4.3 BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO:** Será beneficiario a título oneroso la persona jurídica designada por el asegurado en el certificado individual de seguro, mientras subsista el interés que legitima la designación.
- 4.4 FRANQUICIA:** En el presente anexo de incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, se estipula un período de franquicia de un (1) mes. Ocurrido el siniestro CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., pagará a partir del segundo mes de incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, a prorrata del término de incapacidad, el valor asegurado contratado sin que supere el máximo valor de la indemnización.



- 4.5. VALOR MÁXIMO DE LA INDEMNIZACIÓN:** CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., una vez ocurrido el siniestro reconocerá como tope máximo de indemnización, hasta el máximo de la cuota mensual ordinaria y hasta por un término máximo definido en el certificado individual de seguro. Cualquier suma de dinero pagada al beneficiario a título oneroso designado por el asegurado, se entenderá realizada por cuenta de la indemnización a que tiene derecho el asegurado y por lo tanto no existirá obligación de ninguna naturaleza entre CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., y el beneficiario a título oneroso designado por el asegurado.
- 4.6. DESTINACIÓN ESPECÍFICA DE LA INDEMNIZACIÓN** La indemnización tendrá destinación específica para cubrir las cuotas o pagos periódicos ordinarios que tenga el asegurado con el beneficiario a título oneroso designado por éste en la solicitud de seguro.
- 4.7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD** Para ser asegurado para este anexo, el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:
1. Edad mínima de 18 años y máxima de ingreso 64 años con permanencia hasta los 65 años.
 2. Tener vigente el amparo básico – ACCIDENTES PERSONALES de la póliza de seguro de ACCIDENTES PERSONALES grupo a la cual accede el anexo de incapacidad total temporal por accidente o enfermedad.
 3. A la fecha de inicio de vigencia de la presente cobertura adicional:
 - Constitución mínima de 6 meses demostrable mediante certificado de Cámara de Comercio o RUT.
 - Pertenecer al grupo asegurable.
 - Que en los créditos otorgados al asegurado por la entidad tomadora del seguro, se hayan cumplido todos los requisitos exigidos en el reglamento de créditos de cada entidad.
- 4.8 AVISO DEL SINIESTRO** De conformidad con lo estipulado en el artículo 1075 del código de comercio, el asegurado o el beneficiario estarán obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer.
- 4.9 PRUEBAS PARA LA RECLAMACIÓN:** El asegurado o el beneficiario deberá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá emplear cualquier medio legalmente aceptado, no obstante, dada la naturaleza del amparo podrá presentar para el análisis de la reclamación los siguientes documentos:
- Incapacidad emitida por la correspondiente EPS la cual será avalada en todos los casos por el médico auditor de la compañía primando su concepto y resumen de la historia clínica.
 - Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
 - Certificado de cámara de comercio o del Rut. De constitución de la empresa.
 - Fotocopia de los tres últimos extractos bancarios o certificación del la entidad tomadora donde conste el valor de la cuota mensual del crédito o factura de la cuota de pago de servicios.
 - Formulario de reclamación de CARDIF.
- 4.10 CAUSALES DE TERMINACIÓN:** La cobertura del anexo de Incapacidad Total Temporal por Accidente o Enfermedad termina en los siguientes casos:
1. En la fecha en que el Asegurado solicite por escrito la rescisión de esta cobertura.
 2. Por terminación y no renovación de la póliza matriz.
 3. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 1068 del código de comercio.
 4. Cuando el asegurado deje de pertenecer a la entidad tomadora del seguro.
- 4.11 PAGO DE LA PRIMA** La prima que a favor de LA COMPAÑÍA se cause por razón de la expedición del anexo de Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad deberá ser pagada dentro del mes siguiente a la fecha de entrega de la misma y de ahí en adelante en los periodos pactados.
- 4.12 RENOVACIÓN.** El seguro será renovado anualmente por voluntad de las partes. La prima del seguro podrá ser ajustada de acuerdo con los resultados técnicos de la póliza.
- 4.13 REVOCACIÓN DEL AMPARO.** El Asegurado podrá revocar unilateralmente el anexo de Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, mediante aviso dado a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., por escrito. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación.
El asegurador podrá revocar unilateralmente el anexo de Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad, mediante la forma y el procedimiento establecido en el artículo 1071 del Código de Comercio.
- 4.14 DUPLICIDAD DE AMPAROS** El Asegurado, no podrá estar amparado por más de una póliza de seguro, correspondiente a este mismo plan con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. En caso de estarlo, ello no le dará derecho a exigir los dos pagos de la indemnización, toda vez que El Asegurado tiene la obligación de informar la existencia de la primera póliza de seguro, para que CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., se abstenga de expedirla. En caso de no hacerlo y ocurriere el siniestro se considerará, a esta persona asegurada solamente con la póliza que le proporcione el mayor beneficio. CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., devolverá en tal caso, el valor de la prima pagada en la otra póliza, reconociendo solamente el interés legal.

4.15 INTRANSFERIBILIDAD El presente anexo no será transferible y por lo tanto ningún depósito, traspaso, acto o contrato semejante, podrá producir efectos respecto a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., la cual quedará definitivamente liberada por virtud de los recibos expedidos por El Asegurado o por quienes lo representen en caso de sucesión, cuando aquel haya fallecido.

CONDICIÓN QUINTA: DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes establecido en la carátula de la póliza, República de Colombia.

NORMAS SUPLETORIAS: En Todo lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones legales del código de comercio Colombiano y de la póliza de ACCIDENTES PERSONALES Grupo a la cual accede el presente anexo.

CONDICIONES PARTICULARES PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES AMPAROS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO, INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y ENFERMEDADES GRAVES PÓLIZA - APT 10049

TOMADOR: CITIBANK

No obstante lo expresado en las condiciones generales de la póliza, se procede a modificar lo siguiente para todos los amparos de esta póliza:

1. Edades de ingreso y permanencia: Edades de Ingreso Desde los 18 hasta los 70 años más 364 días Edad Máxima de Permanencia hasta los 74 años más 364 días.

Edades de Ingreso	Desde los 18 hasta los 70 años más 364 días
Edad Máxima de Permanencia	Hasta los 74 años más 364 días.

2. Cláusula de OFAC: Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones.

AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

1. COBERTURA:

No obstante lo expresado en la condición primera se extiende la cobertura de desempleo involuntario a consecuencia de las siguientes causas:

- Todo despido negociado, en donde se certifique mediante la liquidación del trabajador, el pago de bonificación por cualquier valor adicional a la liquidación de ley.
- Despido masivo con o sin autorización del Ministerio de la Protección Social.

Adicionalmente se cubre:

- Personas vinculadas a través de una empresa de servicios temporales siempre y cuando el desempleo se produzca antes del término inicialmente establecido, la terminación no dependa de la voluntad del asegurado y no exista justa causa en la terminación.
- Fuerzas militares.
- Empleados públicos en carrera administrativa.

2. PERIODO DE CARENCIA: 30

3. FRANQUICIA: 30 días

4. CUOTAS MENSUALES CUBIERTAS:

De acuerdo al plan contratado, hasta 3 o 6 cuotas, siempre y cuando el asegurado se encuentre desempleado de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.

5. EXCLUSIONES:

No obstante lo expresado en la condición segunda se elimina las siguientes exclusiones del presente amparo:

- Contrato a término fijo, siempre y cuando el desempleo se produzca antes del término inicialmente establecido, la terminación no dependa de la voluntad del asegurado y no exista justa causa en la terminación.
- Contratistas independientes, siempre y cuando no sea por terminación de la obra o labor contratada.

6. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

No obstante lo expresado en la condición tercera, numeral 3.7, inciso tercero se elimina el siguiente párrafo:

“Haber estado trabajando en las condiciones arriba descritas durante los últimos seis (6) meses en forma ininterrumpida.”

Y se reemplaza por lo siguiente:

- Encontrarse más de tres meses continuos trabajando, para considerar este tiempo, se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre dos empleos, siempre y cuando entre la consecución de uno y otro no exista una diferencia superior a 30 días calendario.

7. REELEGIBILIDAD:

No obstante lo expresado en la condición tercera, numeral 3.8, se disminuye el tiempo que el asegurado deberá acreditar haber estado empleado anterior a la fecha de un nuevo siniestro a tres (3) meses

8. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

El pago de la indemnización se realizará de manera mensual, mientras el asegurado se encuentre desempleado de acuerdo a las condiciones de la póliza.

AMPARO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES

1. PERIODO DE CARENCIA: 30 días

2. FRANQUICIA: 15 días

3. CUOTAS MENSUALES CUBIERTAS:

De acuerdo al plan contratado, hasta 3 o 6 cuotas, siempre y cuando el asegurado se encuentre incapacitado total y temporalmente, de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.

4. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

El pago de la indemnización se realizará de manera mensual, mientras el asegurado se encuentre desempleado de acuerdo a las condiciones de la póliza y se aplicará la siguiente tabla:

DIAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	NUMERO DE CUOTAS A INDEMNIZAR
De 15 a 44 días calendario consecutivos	1
De 45 a 74 días calendario consecutivos	2
De 75 a 104 días calendario consecutivos	3
De 105 a 134 días calendario consecutivos	4
De 135 a 164 días calendario consecutivos	5
De 165 días calendario consecutivos en adelante	6

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

1. COBERTURA:

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., pagará al beneficiario del seguro la suma asegurada expresamente indicada en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares en caso de que un asegurado cubierto por el presente seguro, sea diagnosticado con cualquiera de las siguientes enfermedades graves de acuerdo con la definición establecida en las condiciones generales o condiciones particulares para cada una de ellas, sin perjuicio de lo consagrado para el efecto en las exclusiones de la presente cobertura.

Las enfermedades de que trata el presente amparo son las siguientes:

- Cáncer.
- Infarto al miocardio.
- Cirugía de bypass coronario.
- Enfermedad cerebro – vascular.
- Insuficiencia renal crónica.
- Trasplante de órganos mayores.
- Esclerosis múltiple.

CÁNCER

La COMPAÑÍA 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 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.

INFARTO DEL MIOCARDIO

Es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardíaco, 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 (72) horas antes de dicha hospitalización, que presente:

- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
- Un historial de dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.

La insuficiencia cardíaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no están cubiertos. 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 angioplastia 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 cardíaca mostrados en las imágenes cardíacas 30 días después del procedimiento coronario.

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 bypass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieran cirugía.

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.

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 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.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS 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.

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 degeneración del tejido neural esclerosado evidenciadas por síntoma típico de afectación 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 completa, 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.

2. EXCLUSIONES PARA LAS ENFERMEDADES:

El presente anexo no ampara los eventos determinados por cualquiera de las enfermedades definidas más adelante:

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.

Las siguientes enfermedades específicas:

policitemia vera, trombocitemia esencial. Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de "Gleason" con un grado mayor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase T2N0M0 según la clasificación de AJCC sexta edición clasificación TMN. Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi. Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de Clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm. Según la clasificación de Breslow. El cáncer de tiroides 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 linfocítica 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 carencia.

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 la aseguradora por este concepto no será cubierta por este seguro.

INFARTO AL MIOCARDIO

La insuficiencia cardiaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no están cubiertos.

CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO:

La angioplastia con globo. Otras técnicas que no requieren cirugía. Están excluidos los procedimientos: la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardíaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intraarteriales. Y también está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR:

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 nervio 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 nervio óptico o retina. Trastornos isquémicos del sistema vestibular. Embolia cerebral silente asintomática encontrada en imágenes.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular no son cubiertas.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS 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 médula.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

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 infringidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- Uso o abuso intencional de drogas o alcohol.

- Ningún evento originado en situaciones médicas preexistentes a la fecha de vigencia de la presente póliza, por lo tanto la enfermedad debe sobrevenir dentro de la vigencia de la póliza y, no ser consecuencia de una afección anteriormente diagnosticada.
- Los eventos correspondientes a situaciones médicas, en donde El Asegurado se encuentre en tratamiento, diagnóstico, cuidado o control de un médico que no posea licencia permanente y válida, expedida por la autoridad respectiva para practicar la medicina en el país.
- Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
- Los eventos que den lugar a la afectación del seguro como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA.
- Ningún evento originado en situaciones médicas preexistentes a la fecha de vigencia de la presente póliza, por lo tanto la enfermedad debe sobrevenir dentro de la vigencia de la póliza y, no ser consecuencia de una afección anteriormente diagnosticada.

3. PERIODO DE CARENCIA: 30 días

4. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:

El valor de la indemnización a pagar corresponderá al 100% del valor asegurado, el cual será reconocido a favor del beneficiario en un solo pago. Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas, LA COMPAÑÍA pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada consignada en el cuadro de beneficios del certificado de seguro.

LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARAN, LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE, ASÍ MISMO SE REGISTRAN POR LAS CONDICIONES ESTIPULADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

Defensor Principal: José Federico Ustáriz González.

Defensor Suplente: Ana María Giraldo.

Correo electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com

Teléfono: 6108161 - 6108164 Cra 11 # 96 -51 of 203.

Horario de atención: 8:00 a.m. a 6:00 p.m. jornada continua.

ASEGURADOR

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.

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

Código Condicionado:

Nota Técnica: