



# PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES + VIDA PARA TARJETAS DE CRÉDITO Y/O CUENTAS SCOTIABANK COLPATRIA S.A.

Señor asegurado, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió.  
Esta póliza se compone de las presentes Condiciones y la Solicitud de Seguro.

El asegurado no puede contratar con Cardif pólizas con coberturas similares ya que estas no serán emitidas.

**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.**

## 1. COBERTURAS

### 1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

**¿Qué me cubre?** Si durante la vigencia de la póliza usted muere por cualquier causa no excluida, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.

### 1.2. AUXILIO FUNERARIO

**¿Qué me cubre?** Si durante la vigencia de la póliza usted muere por cualquier causa se reconocerá a favor del beneficiario una renta de libre destinación en caso de muerte, en aquellos casos en los cuales usted muera por cualquier causa.

### 1.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA

**¿Qué me cubre?** Si usted sufre una incapacidad total permanente por cualquier causa no excluida, se reconocerá el pago del valor asegurado. Esta incapacidad deberá estar fundamentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la EPS o ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez u Organismo competente según el régimen aplicable, y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).

#### IMPORTANTE

- Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, como la fecha de estructuración determinada en el momento en que la persona evaluada alcance el cincuenta por ciento (50 %) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional. Además, esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.

### 1.4. MUERTE ACCIDENTAL

**¿Qué me cubre?** Si durante la vigencia de la póliza usted muere a consecuencia de un accidente, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.

#### IMPORTANTE

- Se cubre la muerte del asegurado que ocurra dentro de los 180 días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente.
- El accidente debe ocurrir dentro de la vigencia del seguro

### 1.5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBIDO A UN ACCIDENTE

**¿Qué me cubre?** Si usted sufre una incapacidad total permanente a consecuencia de un accidente, se reconocerá el pago del valor asegurado. Esta incapacidad deberá estar fundamentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la EPS o ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez u Organismo competente según el régimen aplicable, y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).

#### IMPORTANTE

- Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, como la fecha de estructuración determinada en el momento en que la persona evaluada alcance el cincuenta por ciento (50 %) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional. Además, esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.
- El accidente debe ocurrir dentro de la vigencia del seguro



## 1.6. RENTA DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

**¿Qué ME cubre ?** Se pagará al beneficiario del seguro una renta diaria por hospitalización, hasta por 30 días, si el asegurado es internado en una clínica u hospital, como consecuencia de un accidente.

**IMPORTANTE**

- El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas.
- El accidente debe ocurrir dentro de la vigencia del seguro

## 1.7. ASISTENCIA DE GASTOS MÉDICOS EN EL EXTERIOR POR ACCIDENTE EN VIAJE

**¿Qué ME cubre ?** Una ayuda material, en forma de prestación económica o de servicios, en caso de que Usted se encuentre en dificultades, por un evento accidental ocurrido en un viaje fuera de su domicilio habitual. Para mayor información sobre los servicios comuníquese con nuestras líneas de atención (Siempre marcando la opción 5).

**IMPORTANTE**

- La cobertura de la asistencia se limita a máximo 90 días de permanencia consecutiva fuera del país.

# 2. EXCLUSIONES

## ¿QUE NO ME CUBRE?

### 2.1. ¿QUE NO ME CUBRE EN NINGUNA DE LAS COBERTURAS?

- 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 delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra.
- Suicidio e intento de suicidio dentro de los primeros seis (6) meses de vigencia del seguro.
- Enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la vigencia del seguro.

# 3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

El reclamante está obligado a probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos, para cada una de las coberturas, sin perjuicio de otros que considere pertinentes.

MUERTE ACCIDENTAL/ MUERTE NATURAL / AUXILIO FUNERARIO	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL/ CUALQUIER CAUSA	RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro civil de defunción</li> <li>• Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique causa, fecha del accidente y datos del asegurado (Necropsia)</li> <li>• Historia Clínica</li> </ul>	<p>Dictamen de pérdida de capacidad Laboral de la junta regional o nacional de calificación en el que conste causa de la invalidez % de invalidez y descripción de la disminución</p>	<p>Historia clínica o epicrisis con fecha de ingreso y egreso de la hospitalización.</p>

# 4. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN



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

## 5. DEFENSOR DEL 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](mailto: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.

**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.**

**Todo lo no previsto en el presente documento se regirá por el Código de Comercio.**