



PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXOS DE ENFERMEDADES GRAVES, MUERTE ACCIDENTAL (SOLO PARA PLAN 2) CONDICIONES

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., 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, LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y CONDICIONADO, LOS CUALES SON PARTE INTEGRANTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGISTRARÁ POR LAS SIGUIENTES CLAUSULAS Y CONDICIONES.

1. COBERTURAS.

1.1 DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

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 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 DEL CRÉDITO O LOS CANONES DEL LEASING DE AUTO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

C) EL ASEGURADO LLEVE MÁS DE 6 MESES CONTINUOS TRABAJANDO

D) 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 MILITARES.
- 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 DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

- 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 EMPRESA DE SERVICIOS TEMPORALES.

- CONTRATO DE OBRA O LABOR CONTRATADA.

LA COBERTURA DE DESEMPLEO INCLUYE SERVICIO DE ASISTENCIA LABORAL QUE CONSISTE EN:

- EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA, HABILIDADES Y DESTREZAS.
- ASESORAMIENTO EN LA CONSTRUCCIÓN DE HOJA DE VIDA.
- INCORPORACIÓN A DIVERSAS BOLSAS DE EMPLEO.
- SEGUIMIENTO AL ASEGURADOR DURANTE LOS DOS MESES SIGUIENTES AL MOMENTO DE REINSERCIÓN LABORAL.



PARA ACCEDER A ESTE SERVICIO POR FAVOR COMUNÍQUESE A LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN BOGOTÁ AL 7455416.

ESTA ASISTENCIA NO OPERARÁ CUANDO LA RECLAMACIÓN INTERPUESTA POR EL ASEGURADO SEA OBJETADA.

1.2 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

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, 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, SIN PERJUICIO DE QUE ÉSTE LE GENERE UN INGRESO.

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 DEL CRÉDITO O DE LOS CANONES DEL LEASING DE AUTO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
- 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 SEIS 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:

DIAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	NÚMERO DE PAGOS A APLICAR
15 A 39 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1
45 A 63 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2
64 A 87 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3
88 A 111 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4
112 A 135 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	5
136 A 159 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	6
160 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS EN ADELANTE	7

1.3. ENFERMEDADES GRAVES.

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 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 PARA CADA UNA DE ELLAS, SIN PERJUICIO DE LO CONSAGRADO PARA EL EFECTO EN LAS EXCLUSIONES DE LA PRESENTE COBERTURA.

1) CÁNCER.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. 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.

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.

2) 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 APOORTE 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 (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 ANGIOPLASTIA 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.

3) 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.

4) 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.

5) 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.

6) 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 TIPICO DE AFECTACION DE LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS Y CUYA PROGRESION HAYA PRODUCIDO DETERIORO INCAPACITANTE SIGNIFICATIVO EN LAS FUNCIONES BASICAS 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 ESTE BENEFICIO SI EL PRIMER EPISODIO OCURRIÓ ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA.

7) 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 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.

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 EL RECLAMO SEA PRESENTADO A LA ASEGURADORA DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA DEFINIDA EN LAS PRESENTES CONDICIONES.

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

1.4. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO O MASCULINO

EL ASEGURADO PRINCIPAL RECIBIRÁ EL VALOR ASEGURADO, EN CASO QUE LE SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ EN VIGENCIA DEL SEGURO UN CÁNCER FEMENINO (SENO, CUELLO DEL ÚTERO -CERVIZ-, ÚTERO Y/U OVARIO) O MASCULINO (PRÓSTATA Y TESTÍCULO), SIEMPRE Y CUANDO ESTE EL DIÁGNOSTICO Y SE ENCUENTRE COBERTURA BAJO EL AMPARO DE DETECCIÓN DE CÁNCER.

1.5. ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL.

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 SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

OBJETO DE LA COBERTURA FALLECE LA PERSONA ASEGURADA BAJO ESTE SEGURO, QUE HAYA ADQUIRIDO EL PLAN DOS (2), DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DIAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

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, OCASIONÁNDOLE UNA O MAS LESIONES QUE SE MANIFIESTEN POR CONFUSIONES O HERIDAS VISIBLES, ASI COMO TAMBIEN LAS LESIONES INTERNAS REVELADAS POR LOS EXAMENES CORRESPONDIENTES.

2. EXCLUSIONES.

2.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

LOS AMPAROS DE ESTE SEGURO ESTÁN SUJETOS A LAS EXCLUSIONES QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO CON OCASIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO:

- 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.
- SE EXCLUYEN LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

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.

2.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

LOS AMPAROS DE ESTE SEGURO ESTÁN SUJETOS A LAS EXCLUSIONES QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NO



ARMAS DE FUEGO.

EFFECTUARÁ 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:

B) LOS EVENTOS SIGUIENTES:

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

- 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.

2.3. ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL VALOR ASEGURADO SI EL RECLAMO 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., 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 CARENANCIA.

ESTA COBERTURA ESTA 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.

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

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

4) TRATÁNDOSE DE ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA LAS SIGUIENTES DOLENCIAS: 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 LAS SIGUIENTES DOLENCIAS: LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

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

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

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.

6) TRATÁNDOSE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA 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:

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

2. USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL.

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

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

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

9. 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.

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

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

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.

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

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.

15. LOS 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.

16. NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.
17. 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 LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA.
18. ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
19. CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
20. EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS 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 COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO CON OCASIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL ACCIDENTE SEA ORIGINADO POR:

- 1) LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN:
 - A. CUALQUIER SERVICIO O ACTIVIDAD EN CUALQUIER FUERZA MILITAR EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA, DE POLICÍA O ARMADA DE CUALQUIER TIPO, ACTOS DE GUERRA (INTERNA O EXTERNA,

DECLARADA O NO), ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, ASONADA, SEDICIÓN O INSURRECCIÓN, INVASIÓN, ACTOS TERRORISTAS, O USURPACIÓN ILEGAL DEL PODER.

- B. ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO CON LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO.
- C. VIAJES EN CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AÉREO, EXCEPTO CUANDO SE REALIZA EL VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS.
- D. PRUEBAS O CARRERAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
- E. PRÁCTICA DE CUALQUIER DEPORTE EN FORMA PROFESIONAL O LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO DE CUALQUIER CLASE Y LA PRÁCTICA DE DEPORTES QUE INVOLUCREN EL USO DE EQUIPOS, MEDIOS O MÁQUINAS DE VUELO O DEPORTES CON LA INTERVENCIÓN DE ALGÚN ANIMAL.
- F. 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.

- G. ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- H. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE



OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

- I. EL USO DE CUALQUIER AERONAVE EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE VUELO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN.
 - J. CONVULSIONES DE LA NATURALEZA DE CUALQUIER CLASE; FISIÓN, FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- 2) LOS EVENTOS SIGUIENTES:
- A. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO SE DESPLACE EN HELICÓPTERO O CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN VUELOS PARA LOS CUALES NO EXISTAN ITINERARIOS REGULARES DEBIDAMENTE PUBLICADOS.
 - B. 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.
 - C. ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN A CONSECUENCIA DE ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL.
 - D. ACCIDENTES OCURRIDOS CON ANTELACIÓN AL INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO O SUS SECUELAS.
 - E. CUALQUIER ENFERMEDAD CORPORAL O MENTAL DE CUALQUIER ÍNDOLE.
 - F. SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DEL MISMO, AUN CUANDO SE COMETAN EN ESTADO DE INCAPACIDAD MENTAL.
 - G. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE ACCIDENTAL.
 - H. CUALQUIER CONDICIÓN DE CARÁCTER MÉDICO (CONSECUENCIAS O RECAÍDAS DE LA

ENFERMEDAD O ACCIDENTE) QUE EL ASEGURADO TUVIERA EN LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA RESPECTO DE LA CUAL HAYA RECIBIDO AVISO, O CON OCASIÓN DE LA CUAL SE ENCUENTRE RECIBIENDO TRATAMIENTO MÉDICO AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

- I. CUALQUIER CONDICIÓN RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), CONFORME CON LAS DEFINICIONES RECONOCIDAS PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- J. CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.

3. DEFINICIONES.

3.1. ASEGURADO: ES LA PERSONA NATURAL TITULAR DE UN CRÉDITO DE AUTO/CRÉDITO DE MOTOS/CRÉDITO 14/12 O CONTRATOS DE LEASING DE AUTO OTORGADO POR BANCOLOMBIA S.A.

3.2. BENEFICIARIO:

PARA LOS AMPAROS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y EL ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES: BANCOLOMBIA S.A.

PARA EL ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL: LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS BENEFICIARIOS DE LEY.

3.3. CANON: VALOR DEL ARRENDAMIENTO PAGADO POR EL ARRENDATARIO EN FORMA PERIÓDICA DURANTE LA VIDA DEL CONTRATO DE LEASING FINANCIERO O ARRENDAMIENTO. ESTE CANON ES PREVIAMENTE CONVENIDO ENTRE LAS PARTES Y LE DA DERECHO AL ARRENDATARIO DE UTILIZAR EL BIEN EN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL NEGOCIO.

3.4. CRÉDITO 14/12: SE REFIERE A AQUELLOS CRÉDITOS OTORGADOS POR BANCOLOMBIA S.A., EN LOS QUE EL ASEGURADO EFECTÚA EL PAGO



DE LAS DOCE CUOTAS MENSUALES PACTADAS DURANTE UN PERIODO DE UN AÑO, Y ADICIONALMENTE TIENE LA POSIBILIDAD DE PAGAR DURANTE DICHO PERIODO DOS CUOTAS ADICIONALES. CADA PAGO ADICIONAL PODRÁ SER HASTA 2.5 VECES EL PAGO DE LA CUOTA MENSUAL DEL RESPECTIVO MES.

3.5. EDAD MÁXIMA DE INGRESO: ES LA EDAD HASTA LA CUAL UNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES PARA SER ASEGURADA PUEDE CONTRATAR LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO.

3.6. 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, EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO SE DARÁ POR TERMINADO DE ACUERDO A LO INDICADO EN LAS PRESENTES CONDICIONES.

3.7. EDAD MÍNIMA DE INGRESO: ES LA EDAD A PARTIR DE LA CUAL UNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES PARA SER ASEGURADA PUEDE CONTRATAR LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO.

3.8. EVENTO: TODO HECHO CUYAS CONSECUENCIAS ESTÉN GARANTIZADAS POR ALGUNAS DE LAS COBERTURAS DEL OBJETO DEL SEGURO.

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

3.10. 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.

3.11. PERÍODO DE CARENCIA: CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO CONTADO, POR UNA ÚNICA VEZ, DESDE EL INICIO DE LA PRIMERA 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 CARENCIA SERÁ EL INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES Y EL MISMO NO VOLVERÁ A SER CONTABILIZADO EN CASO DE RENOVACIÓN.

4. PLAN 1: COBERTURAS DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES.

5. PLAN 2: COBERTURA DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ANEXOS DE ENFERMEDADES GRAVES Y MUERTE ACCIDENTAL.

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

5.2. TOMADOR: EL ASEGURADO.

6. VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

PARA CRÉDITOS.

PARA CRÉDITOS RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES ADQUIERAN EL SEGURO AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO: LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO O DE LA APROBACIÓN, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE

TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS Y PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES UN PERIODO DE CARENCIA PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE NOVENTA (90) DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORGA PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, Y SE MANTENDRÁ SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE ACTIVO Y CON SALDO EL CRÉDITO; Y EN TODO CASO HASTA QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO DÁNDOLO POR TERMINADO O HASTA QUE CUMPLA



LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA PACTADA.

PARA CRÉDITOS RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES ADQUIERAN EL SEGURO EN FECHA POSTERIOR AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO: LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE FACTURACIÓN DEL CRÉDITO QUE SE ENCUENTRE ESTIPULADA PARA EL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO OTORQUE SU CONSENTIMIENTO PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO CON CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. O EN LA FECHA DE FACTURACIÓN, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS Y PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES UN PERIODO DE CARENCIA PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE NOVENTA (90) DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, Y SE MANTENDRÁ SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE ACTIVO Y CON SALDO EL CRÉDITO; Y EN TODO CASO HASTA QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO DÁNDOLO POR TERMINADO O HASTA QUE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA PACTADA.

PARA CONTRATOS DE LEASING.

PARA LOS CONTRATOS DE LEASING RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES ADQUIERAN EL SEGURO AL MOMENTO DE LA APROBACIÓN: LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE APROBACIÓN DEL CONTRATO DE LEASING, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS Y PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES UN PERIODO DE CARENCIA PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE NOVENTA (90) DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, Y SE MANTENDRÁ SIEMPRE Y CUANDO EL CONTRATO DE LEASING

SE ENCUENTRE VIGENTE; Y EN TODO CASO HASTA QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO DÁNDOLO POR TERMINADO O HASTA QUE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA PACTADA.

PARA CONTRATOS RESPECTO DE LOS CUALES LOS CLIENTES ADQUIERAN EL SEGURO EN FECHA POSTERIOR AL MOMENTO DE LA APROBACIÓN DEL CONTRATO: LA COBERTURA ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DE LA FECHA DE FACTURACIÓN DEL CONTRATO DE LEASING QUE SE ENCUENTRE ESTIPULADA PARA EL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO OTORQUE SU CONSENTIMIENTO PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO CON CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. O EN LA FECHA DE FACTURACIÓN, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL UN PERIODO DE CARENCIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS Y PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES UN PERIODO DE CARENCIA PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE NOVENTA (90) DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ MENSUAL CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, Y SE MANTENDRÁ SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTRE EL CONTRATO DE LEASING VIGENTE; Y EN TODO CASO HASTA QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO DÁNDOLO POR TERMINADO O HASTA QUE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA PACTADA.

NOTA: LA INDEMNIZACIÓN SE RECONOCERÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: (I) CUANDO HAYA DEUDA,

LA INDEMNIZACIÓN SE PAGARÁ DIRECTAMENTE AL CRÉDITO. SÍ EXISTE ALGÚN EXCEDENTE, ESTE SE RECONOCE A FAVOR DEL ASEGURADO. EN ESTE CASO, EL VALOR DE LA CUOTA DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDERÁ AL VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, SIN SOBREPASAR LOS VALORES ASEGURADOS INDICADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO O (II) CUANDO NO HAY DEUDA, LA INDEMNIZACIÓN SE LE PAGA DIRECTAMENTE AL ASEGURADO. SIN EMBARGO EN ESTE CASO EL VALOR DE LA CUOTA DE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDERÁ AL VALOR DE LA ÚLTIMA CUOTA DEL CRÉDITO PAGADA POR EL ASEGURADO



PRIMAS.

7. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

LA PRIMA SERÁ MENSUAL Y CORRESPONDERÁ A AQUELLA CONSIGNADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO ENTREGADO AL ASEGURADO, CONFORME EL PLAN POR ÉSTE SELECCIONADO.

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ ASUMIDO POR EL ASEGURADO, Y PARA CUYOS EFECTOS EL VALOR DE ÉSTA SERÁ INCLUIDO EN EL CRÉDITO O EN EL CONTRATO DE LEASING CELEBRADO ENTRE BANCOLOMBIA S.A. Y EL ASEGURADO. EL ASEGURADO TENDRÁ UN PERIODO DE SESENTA (60) DÍAS CORRIENTES PARA EFECTUAR EL PAGO DE LA PRIMA, CONTADOS A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE SE ENCUENTRE OBLIGADO A ASUMIR EL PAGO DE LA MISMA, LO CUAL TENDRÁ LUGAR A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA. PARA LOS CASOS DE PRIMA MENSUAL LA OBLIGACIÓN DE ASUMIR EL PAGO DE LA PRIMA SE CONTABILIZARÁ A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO, Y ASÍ SUCESIVAMENTE DE MANERA MENSUAL.

8. 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 COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

9. VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS.

EL VALOR DE LA PRIMA PARA CADA PERSONA ASEGURADA SERÁ EL SEÑALADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

10. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

PARA TODOS LOS AMPAROS:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 64 AÑOS + 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 69 AÑOS+ 364 DÍAS.

11. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES Y

LOS VALORES ASEGURADOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

NOTA:

- CON RELACIÓN A LOS VALORES A RECONOCERSE Y/O INDEMNIZARCE EN LOS AMPAROS DE (I) DESEMPLEO, (II) INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y (III) ENFERMEDADES GRAVES, LA ASEGURADORA REALIZARÁ EL PAGO DE LA RESPECTIVA INDEMNIZACIÓN TENIENDO EN CUENTA LAS CUOTAS QUE QUEDEN PENDIENTES DESDE EL MOMENTO DEL AVISO DEL SINIESTRO SIN SOBREPASARCE LAS SUMAS ASEGURADAS.
- EL PRESENTE SEGURO NO CUBRE LA OPCIÓN DE COMPRA DE LOS CONTRATOS DE LEASING DE AUTOS.
- PRESENTADA LA RECLAMACIÓN CON LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA EN LAS OFICINAS Y/O SUCURSALES DE LA ENTIDAD FINANCIERA, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS CONTARÁ CON UN MES PARA RESOLVER DE MANERA AFIRMATIVA O NEGATIVA LA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN EFECTUADA POR EL ASEGURADO; POR TANTO, EL ASEGURADO DEBERÁ ASUMIR Y CUMPLIR CON EL PAGO DE LA(S) CUOTA(S) O CANON(ES) QUE SE GENEREN DESDE EL MOMENTO DEL SINIESTRO HASTA LA RESPUESTA DE LA ASEGURADORA.

POSTERIOR A LA DEFINICIÓN DE LA RECLAMACIÓN Y SI LA MISMA ES AFIRMATIVA, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PROCEDERÁ A RECONOCER LAS CUOTAS O CÁNONES POR SINIESTRO O POR EVENTO A QUE HAYA LUGAR.

12. PERÍODO DE CARENIA.

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



13. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO DEBE PERMANECER EMPLEADO CON EL MISMO EMPLEADOR A EFECTOS DE TENER LA POSIBILIDAD DE PRESENTAR UNA NUEVA RECLAMACIÓN QUE AFECTE PARA 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 EL ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL NO SE APLICA PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

14. 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 6 PAGOS DE CONFORMIDAD CON EL PLAN CONTRATADO.

15. NÚMERO DE EVENTOS A INDEMNIZAR.

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CRÉDITO, DE CONFORMIDAD CON EL LÍMITE DE LA COBERTURA, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR EL PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO ESTABLECIDO EN EL PRESENTE CONDICIONADO.

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL

TEMPORAL: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CRÉDITO O DEL CONTRATO DE LEASING, DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE DÍAS DE INCAPACIDAD ESPECIFICADA EN LAS PRESENTES CONDICIONES.

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. CUBRIRÁ EL DIAGNÓSTICO DE MÁS DE UN EVENTO POR CADA ENFERMEDAD GRAVE AQUÍ CUBIERTA, SIEMPRE Y CUANDO EL NUEVO EVENTO DE UNA ENFERMEDAD YA DIAGNOSTICADA O INDEMNIZADA SEA INDEPENDIENTE DEL PRIMER EVENTO INDEMNIZADO. 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 EL ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL: SE INDEMNIZARÁ UN ÚNICO EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

16. 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 ESCRITA, DE PARTE DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA DE SEGURO.
4. PARA EL CASO DE CRÉDITOS, CUANDO EL ASEGURADO PAGUE LA TOTALIDAD DE SUS OBLIGACIONES FINANCIERAS CON BANCOLOMBIA S.A.
5. PARA EL CASO DE CONTRATOS DE LEASING, CUANDO EL MISMO SE DE POR TERMINADO.

17. REVOCACIÓN UNILATERAL.

EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. 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; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER



MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO AL ASEGURADOR.

EN EL PRIMER CASO LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO. LA DEVOLUCIÓN SE COMPUTARÁ DE IGUAL MODO, SI LA REVOCACIÓN RESULTA DEL MUTUO ACUERDO DE LAS PARTES.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y EL DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁN TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

18. CONDICIONES DE INDEMNIZACIÓN.

PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: LOS VALORES DE INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁN AL 100% DEL VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO O DEL CANON DEL CONTRATO DE LEASING DE AUTO CON UN LÍMITE POR CUOTA DE \$4.000.000 PARA CRÉDITOS DE AUTOS O CONTRATOS DE LEASING DE AUTOS; \$250.000 PARA CRÉDITOS DE MOTOS DE MENOS DE 250CC Y \$1.000.000 PARA CRÉDITOS DE MOTOS DE MÁS DE 250 CC, EN TODO CASO LA INDEMNIZACIÓN A SER RECONOCIDA CORRESPONDERÁ A MÁXIMO 6 PAGOS O 7 PAGOS POR EVENTO, DE ACUERDO AL PLAN, ABONADOS DIRECTAMENTE AL CRÉDITO OTORGADO POR BANCOLOMBIA S.A. AL ASEGURADO.

AHORA BIEN, PARA LOS CRÉDITOS 14/12 EN LO QUE RESPECTA A LOS PAGOS CORRESPONDIENTES A LAS DOS CUOTAS ADICIONALES QUE PUEDE EFECTUAR EL ASEGURADO DURANTE EL PERIODO DE UN AÑO, EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDERÁ CON LA CUOTA MENSUAL ADICIONAL PAGADA POR ÉSTE HASTA POR UN VALOR MÁXIMO DE DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE (\$10.000.000.00) PARA CRÉDITOS DE AUTO.

PARA CRÉDITOS DE MOTOS MENORES A 250CC SE INDEMNIZARÁ CON UN VALOR LÍMITE DE SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS M/CTE

(\$625.000.00).

PARA MOTOS MAYORES A 250CC SE INDEMNIZARÁ CON UN VALOR LÍMITE DE DOS MILLONES QUINIENTOS M/CTE (\$ 2.500.000.00)

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: PAGO DE HASTA DOCE (12) CUOTAS O CANONES POR SINIESTROS O POR EVENTO POR UN VALOR MAXIMO DE \$4.000.000 CADA UNA PARA CRÉDITOS DE AUTOS Y CONTRATOS DE LEASING DE AUTOS; \$1.000.000 CADA UNA PARA CRÉDITOS DE MOTOS DE MÁS DE 250CC Y \$250.000 CADA UNA PARA CRÉDITOS DE MOTOS DE MENOS DE 250CC. TODAS LAS CUOTAS ESTÁN LIMITADAS AL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO O DEL CONTRATO DE LEASING DE AUTOS SIN EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA AL MOMENTO DE PRESENTARSE LA RECLAMACIÓN.

PARA LÍNEAS DE CRÉDITO 14/12, EN TODO CASO SE RECONOCERÁN HASTA MÁXIMO DOCE (12) CUOTAS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, CADA UNA LIMITADAS AL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL INICIALMENTE PACTADA EN EL CRÉDITO. EN CASO QUE EL ASEGURADO ESTE OBLIGADO A PAGAR UNA CUOTA O VARIAS

CUOTAS EXTRAS, CADA UNA DE ÉSTAS SE INDEMNIZARÁ CON UN VALOR LÍMITE DE \$10.000.000.00, PARA CRÉDITOS DE AUTOS.

PARA CRÉDITOS DE MOTOS MENORES A 250CC SE INDEMNIZARÁ CON UN VALOR LÍMITE DE SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS M/CTE (\$625.000.00).

PARA MOTOS MAYORES A 250CC SE INDEMNIZARÁ CON UN VALOR LÍMITE DE DOS MILLONES QUINIENTOS M/CTE (\$ 2.500.000.00).

PARA CRÉDITOS DE MOTOS MENORES A 250CC SE INDEMNIZARÁ CON UN VALOR LÍMITE DE SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS M/CTE (\$625.000.00).

PARA MOTOS MAYORES A 250CC SE INDEMNIZARÁ CON UN VALOR LÍMITE DE DOS MILLONES QUINIENTOS M/CTE (\$ 2.500.000.00)

PARA EL ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL: EL VALOR DE INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL SALDO INSOLUTO DEL CRÉDITO DEL ASEGURADOR AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, CON



LÍMITE DE OCHENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$80.000.000.00) PARA CRÉDITOS DE AUTOS O CONTRATOS DE LEASING DE AUTOS; CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000.00) PARA CRÉDITOS DE MOTOS DE MENOS DE 250 CC Y VEINTE MILLONES DE PESOS M/CTE (\$20.000.000.00) PARA CRÉDITOS DE MOTOS DE MÁS DE 250 CC. LA INDEMNIZACIÓN SERÁ RECONOCIDA A FAVOR DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS BENEFICIARIOS DE LEY.

19. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

19.1. 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 CUAL SE REFLEJE EL VALOR ADEUDADO POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO Y EL VALOR DE LAS CUOTAS O CANONES A PAGAR.
- 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.

19.2. 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.
- ORIGINAL O COPIA DEL DOCUMENTO EN EL CUAL SE REFLEJE EL VALOR ADEUDADO POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO Y EL VALOR DE LAS CUOTAS O CANONES A PAGAR (PLAN DE PAGOS)
- CERTIFICADOS Y 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.
- CERTIFICADO DEL ÚLTIMO PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

AMPLIACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- EN CASO DE AMPLIACIÓN O EXTENSIÓN DEL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADOS Y 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.

19.3 PARA EL AMPARO 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.
- ORIGINAL O COPIA DEL DOCUMENTO EN EL CUAL SE REFLEJE EL VALOR ADEUDADO POR EL ASEGURADO AL MOMENTO DEL SINIESTRO Y EL VALOR DE LAS CUOTAS O CANONES A PAGAR (PLAN DE PAGOS)
- CERTIFICADOS Y 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 EN TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y SEGUNDO DE AFINIDAD DEL ASEGURADO.
- EXÁMENES QUE COMPRUEBAN EL PADECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (BIOPSIA, RADIOGRAFÍAS, ETC.)

19.4. PARA EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL:

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 MUERTE ACCIDENTAL, EL (LOS) BENEFICIARIO (S) ALLEGUE (N) 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 SINIESTROS DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR LOS BENEFICIARIOS.
- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- COPIA DEL REGISTRO DE DEFUNCIÓN.
- COPIA DEL ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER O CERTIFICACIÓN DE LA FISCALÍA QUE INDIQUE LA FECHA DE ACCIDENTE Y LOS DATOS DEL ASEGURADO. EN CASO DE NO PROCEDER CERTIFICACIÓN DE LA FISCALÍA, CERTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN MÉDICA EN DONDE CONSTE LA CAUSA DE LA MUERTE DEL ASEGURADO.
- DOCUMENTO O PRUEBA DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO.
- NECROPSIA EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA.
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA O EPICRISIS.
- EN CASO DE MUERTE PRESUNTA SE ADJUNTARÁ COPIA DE SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA DONDE SE INDIQUE LA PRESUNTA FECHA DE MUERTE

20. 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 COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., 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.

21. FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. 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.

22. TÉRMINO PARA RECONOCER EL SINIESTRO

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 ARTICULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

23. 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.

24. AVISO AL ASEGURADOR.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARÁN OBLIGADOS A DAR NOTICIA A CARDIF 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 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 SEGUROS GENERALES S.A. PODRÁ SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTO O INFORMACIÓN ADICIONAL QUE SEAN NECESARIOS PARA PODER DETERMINAR LA OCURRENCIA O LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SINIESTRO ASÍ COMO SU CUANTÍA.

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 CONTRATACIÓN DEL SEGURO A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PARA EFECTUAR TODO TRATAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL, NECESARIO PARA EL



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CUMPLIMIENTO DE SUS DEBERES LEGALES Y CONTRACTUALES PUDIENDO, ENTRE OTROS, REVELAR BAJO SU RESPONSABILIDAD INFORMACIÓN A TERCEROS TALES COMO PROVEEDORES TECNOLÓGICOS, OPERADORES LOGÍSTICOS O REASEGURADORES EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR CUANDO ELLO SE HAGA INDISPENSABLE, PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE SEGURO O PARA CUALQUIER OPERACIÓN QUE LES RESULTE AFÍN, COMPLEMENTARIA O ASOCIADA.

Código de Condicionado: 31/07/2025-1344-P-24-SUFCVH1401HAL001-0R00

Código de Nota Técnica: 31/07/2025-1344-NT-P-24-SUFCVHOOOVHAL004

EL ASEGURADO SE OBLIGA A INFORMAR OPORTUNAMENTE TODO CAMBIO Y/O ACTUALIZACIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL SUMINISTRADA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ASÍ MISMO, SE INFORMA AL ASEGURADO QUE PUEDE CONOCER, ACTUALIZAR O MODIFICAR SUS DATOS O ACCEDER A POLÍTICAS, EN WWW.BNPPARIBASCARDIF.COM.CO ENLACE "PRIVACIDAD" O EN EL E-MAIL CONTACTO@CARDIF.COM.CO. DONDE APLIQUE NO ES OBLIGATORIO REVELAR DATOS SOBRE ORIENTACIÓN POLÍTICA, SEXUAL, RELIGIOSA, FILOSÓFICA, RAZA, O DE MENORES.

27. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.

PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD Y DIRECCIÓN INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

28. ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

DEFENSOR PRINCIPAL. JOSÉ FEDERICO USTÁRIZ GONZÁLEZ.
DEFENSOR SUPLENTE. MARIO SANTIAGO FAJARDO.
CORREOELECTRÓNICO:DEFENSORIACARDIF@UST A RIZABOGADOS.COM
TELEFONO: 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.

29. LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

- BOGOTÁ: 7455416

Código de Condicionado: 01/09/2025-1344-P-24-SUFCVH1401HAL001-0R00
Código de Nota Técnica: 01/09/2025-1344-NT-P-24-SUFCVHOOOVHAL004