



**BNP PARIBAS
CARDIF**

PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO PARA EMPLEADOS O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES, DIAGNOSTICO DE CÁNCER, RENTA DE HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA, REPOSICIÓN DE LLAVES Y REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS.

CONDICIONES

Señor asegurado, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ("CARDIF") lo invita a conocer las condiciones del seguro adquirido por usted:

1. COBERTURAS

1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA EMPLEADOS

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario vinculado mediante contrato de trabajo, la suma asegurada del presente seguro, en aquellos casos en los cuales usted pierda su empleo sin justa causa.

Esta cobertura cuenta con las siguientes particularidades:

- Usted debe estar vinculado bajo un contrato a término fijo o indefinido.
- Debe llevar más de 6 meses o 180 días continuos trabajando. En casos de cambio de empleo, se tendrá en cuenta el término de 6 meses o 180 días continuos siempre y cuando el cambio de un empleo a otro no supere 8 días calendarios.
- Usted debe tener una relación laboral la cual al momento de su terminación haya generado el pago de una indemnización o bonificación.
- Dentro de esta cobertura se amparan: (Empleados) (i) personas con vinculación laboral a término fijo y cuyo contrato haya finalizado 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, (ii) se cubren también las personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado o a empresas de servicios temporales a través de contrato a término indefinido cuya terminación se dé sin justa causa o (iii) las personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado o a empresas de servicios temporales a través de contrato a término fijo cuya terminación se dé antes del término inicialmente pactado, (iv) personas con cargos en carrera administrativa o servidores públicos o de libre nombramiento y remoción, cuyo retiro no haya sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo, (v) los despidos masivos con o sin autorización del ministerio de trabajo y (vi) personas vinculadas a través de contratos de obra o labor cuya finalización implique el reconocimiento de un pago o bonificación.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada del presente seguro, en aquellos casos en que a consecuencia de una enfermedad o accidente usted sea incapacitado total y temporalmente.

Esta cobertura cuenta con las siguientes particularidades:

- La certificación de la incapacidad deberá ser emitida por el médico de la EPS, régimen subsidiado de salud, ARL, plan adicional de salud, póliza de salud a la cual usted se encuentre afiliado.
- La incapacidad debe tener una duración igual o superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada por su voluntad.
- Aplica para toda persona que realice una actividad económica o preste sus servicios profesionales de manera personal por su cuenta y riesgo, y que **NO** se encuentre vinculada a un empleador mediante vinculación laboral a término indefinido, término fijo, empleados públicos de libre nombramiento y remoción o personas vinculadas a una cooperativa de trabajo asociado o empresa de servicios temporales a través de contrato de trabajo a término fijo o indefinido.

Para el pago de su indemnización, se tendrá en cuenta la siguiente tabla de acuerdo con los días de incapacidad reporta

DIAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	NÚMERO DE PAGOS A APLICAR
15 a 44 días calendario consecutivos	1
45 a 79 días calendario consecutivos	2
80 a 109 días calendario consecutivos	3
110 a 139 días calendario consecutivos	4
140 a 169 días calendario consecutivos	5
170 días calendario consecutivos en adelante	6

Recaída: Si usted presenta una nueva incapacidad total temporal dentro de los 60 días siguientes a la incapacidad reportada previamente, ésta se considerará como una recaída y se tomará como parte del primer evento de acuerdo con la tabla de días de incapacidad. Lo anterior, siempre y cuando la nueva incapacidad tenga relación directa de causalidad con la patología que originó la incapacidad reportada previamente.

1.3. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada del presente seguro, en aquellos casos en que a usted se le diagnostique o se le manifieste por primera vez cualquiera de las siguientes enfermedades durante la vigencia de la póliza.

1.3.1. Cáncer

CARDIF pagará la suma asegurada del presente seguro contratada para este amparo, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna de acuerdo con la definición y demostración que se señala a continuación:

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 los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico Licenciado en Colombia, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer.

Cabe resaltar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer durante la vigencia de la póliza. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a CARDIF por este concepto no será cubierta por este seguro.

1.3.2. 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. 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 ecg.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.

La insuficiencia cardíaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática del 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.

1.3.3. 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 angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.

Importante:

La enfermedad que da lugar a la cirugía de by pass coronario debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza. Del mismo modo la cirugía de by pass coronario debe llevarse a cabo dentro de la vigencia de la respectiva póliza.

1.3.4. 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.

1.3.5. 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 bajo este amparo.

La aseguradora pagará al beneficiario del seguro el valor asegurado, siempre y cuando la enfermedad diagnosticada no sea del tipo de las enfermedades excluidas en esta cobertura.

1.3.6. Trasplante de órganos mayores

Para los efectos de esta cobertura se entiende por trasplante de un órgano vital el que se vaya a realizar o 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 este 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 este 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.

Importante:

- La enfermedad que da lugar al trasplante de órganos mayores debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza.
- El trasplante de órgano del cual sea candidato el asegurado, se deberá ejecutar de acuerdo con las normas de donación y trasplante de órganos establecidos en Colombia.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación deberán contener los soportes médicos respectivos.

1.3.7. Esclerosis múltiple

Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado, evidenciadas por síntomas típicos 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 que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente".

La enfermedad debe estar certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado y acreditada con los exámenes de diagnóstico.

Importante:

Solo se cubrirán estas siete (07) enfermedades, cualquier enfermedad distinta a las enunciadas en este amparo se entenderá por no cubierta

1.4. DETECCIÓN DE CANCER FEMENINO O DE PRÓSTATA

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada del presente seguro, sí durante la vigencia de la póliza al asegurado le es diagnosticada una neoplasia maligna.

Esta cobertura se limita únicamente a la primera manifestación o diagnóstico de cualquiera de los siguientes cánceres, las manifestaciones posteriores no serán cubiertas:

- Cáncer de Seno;
- Cáncer de Ovarios;
- Cáncer de Útero y/o Cuello Uterino.
- Cáncer de próstata.

1.5. RENTA DE HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario una renta de libre disposición, en aquellos casos en que el asegurado sea hospitalizado por cualquier causa.

Esta cobertura solo cubre dos (02) eventos por año, cada evento de hospitalización reclamada deberá durar mínimo dos (02) días y máximo diez (10) días.

Importante:

- No se cubren enfermedades, lesiones o padecimientos que se hayan generado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza.

- Bajo esta cobertura se aplica el concepto de recaída, en el cual considera que si el asegurado es hospitalizado de nuevo dentro de los 60 días siguientes a la hospitalización reportada previamente, ésta se considerará como una recaída y se tomará como parte del primer evento.
- Si la nueva hospitalización ocurre después de transcurridos 60 días desde la fecha de hospitalización reportada previamente, el beneficiario tendrá derecho al pago de la renta por hospitalización, siempre y cuando no se excedan los eventos cubiertos por año en la presente cobertura.
- Sólo se reconocerán 02 eventos durante el año y por cada evento se reconocerá la suma de \$150.000 por día.

1.6. REPOSICIÓN DE DOCUMENTOS

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada del presente seguro, si el asegurado es víctima de un hurto calificado en el cual pierde sus documentos personales.

Los documentos que se cubren en esta cobertura son los siguientes: (i) cédula de ciudadanía, (ii) cédula de extranjería, (iii) pasaporte, (iv) licencia de conducción, (v) tarjeta de propiedad del carro y (vi) libreta militar.

1.7. REPOSICIÓN DE LLAVES

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada del presente seguro, si el asegurado es víctima de un hurto calificado en el cual pierde sus llaves.

En esta cobertura sólo se cubrirán las siguientes llaves: (i) llaves de la puerta principal de la residencia, (ii) llaves del vehículo o moto y (iii) llaves de seguridad de la residencia.

2. EXCLUSIONES.

2.1. Exclusiones (Exclusiones aplicables a todas las coberturas)

- Actos delictivos o contravencionales de acuerdo con la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego.
- 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.

2.2. Exclusiones Desempleo Involuntario

Renuncia, (ii) despido con justa causa, (iii) muerte del asegurado, (iv) expiración del término establecido en el contrato a término fijo, (v) terminación del contrato por obra o labor que no implique el reconocimiento de una liquidación o bonificación, (vi) contratos por prestación de servicio, (vii) suspensión del contrato de trabajo, (viii) contratos finalizados durante o al momento de finalización del periodo de prueba, (ix) relaciones laborales celebradas en el exterior, ejecutadas total o parcialmente y finalizadas en el exterior, (x) por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectuó pago alguno de bonificación o suma alguna, (xi) contratos de aprendizaje, (xii) cualquier contrato diferente a los enunciados en la cobertura de desempleo, (xiii) despidos que no impliquen el reconocimiento de una indemnización o bonificación.

2.3. Exclusiones Incapacidad Total Temporal

- Enfermedades, accidentes o padecimientos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como, cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.
- Licencia de maternidad y paternidad.
- Miembros de Fuerzas Militares.

2.4. Exclusiones a la Cobertura de Detección de Cáncer y al Anexo de Enfermedades Graves

- Cáncer: Leucemia. 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”, virus del papiloma humano, condilomas planos, displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III y las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera y trombocitemia esencial. Todos los tumores de próstata, que no sean clasificados histológicamente por la escala de “Gleason” con un grado menor 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 tal 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 solicitud de reclamación presentada a la aseguradora por este concepto no será cubierta por este seguro.
- **Tratándose de infarto al miocardio:** se encuentran excluidas de cobertura: La insuficiencia cardíaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio.
- **Tratándose de cirugía de bypass coronario:** se encuentre excluidas de cobertura los siguientes tratamientos y/o cirugías: la angioplastia con globo. Otras técnicas que no requieren cirugía. Están excluidos los siguientes procedimientos: la angioplastia coronaria transluminal percutánea (actp), cateterismo cardíaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotatable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales. así mismo, está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.
- **Tratándose de enfermedad cerebro-vascular:** se encuentran excluidas de cobertura: No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia y una enfermedad vascular que afecte al ojo o al 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.
- **Tratándose de insuficiencia renal crónica:** se encuentran excluidas de cobertura: La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular no son cubiertas.
- **Tratándose de esclerosis múltiple:** se encuentran excluidas de cobertura: Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.
- **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 médula.

Otras exclusiones aplicables:

- Suicidio, tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- Uso o abuso intencional de drogas o alcohol de acuerdo con el manual de normas técnicas internacionales.
- Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva. Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
- Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- 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.
- 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.
- Padecimientos congénitos, anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado.
- 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, comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- 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.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
- Los tratamientos estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente póliza. Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado.
- Participación en las siguientes actividades o deportes: Pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bungee 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.
- Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- Cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.
- 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, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico. Así mismo, se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza.

2.5. Exclusiones aplicables a las coberturas de reposición de documentos y de reposición de llaves.

- Actos deshonestos, fraudulentos o criminales cometidos por el asegurado, algún amigo, familiar o empleado suyo, (ii) hurto simple, (iii) pérdidas o extravíos y (iv) hurtos ocurridos con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza.

Importante:

- Cuando el asegurado es **un empleado dependiente** y pierde su empleo bajo las circunstancias descritas en la cobertura de desempleo, tendrá derecho a afectar la cobertura de desempleo, la cobertura de

enfermedades graves, detección de cáncer femenino o de próstata, renta de hospitalización por cualquier causa, reposición de documentos, reposición de llaves.

- Cuando el asegurado es **independiente**, tendrá derecho a afectar la cobertura de incapacidad total temporal, enfermedades graves, detección de cáncer femenino o de próstata, renta de hospitalización por cualquier causa, reposición de documentos, reposición de llaves.

3. DEFINICIONES

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

ASEGURADO: En este seguro la persona asegurada será usted.

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

Para las coberturas de Desempleo o Incapacidad Total Temporal y Enfermedades Graves, el beneficiario será el siguiente:

- Cuando haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será la entidad financiera.
- Cuando no haya un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será el asegurado.

Para las coberturas de Detección de Cáncer Femenino o de Próstata, Renta de Hospitalización por Cualquier Causa, Reposición de Documentos y Reposición de Llaves:

- Cuando haya o no un saldo adeudado en el producto financiero, el beneficiario será el asegurado.

DOCUMENTOS PERSONALES: Documentos como: cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte, licencia de conducción, tarjeta de propiedad del carro y libreta militar.

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: Edad a partir de la cual una persona puede contratar el presente seguro.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO: Edad hasta la cual una persona puede contratar el presente seguro.

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro. Es importante tener en cuenta que una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el presente seguro se dará por terminado.

EXCLUSIONES: Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.

HURTO CALIFICADO: Apropiarse de los bienes ajenos a través de la fuerza sobre la cosa o la intimidación o violencia sobre las personas¹.

HURTO SIMPLE: Apropiarse de los bienes ajenos sin utilizar la fuerza ni violencia sobre las personas o cosas.

INTIMIDACIÓN: Amenaza física.

METÁSTASIS: Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto al de su origen.

NEOPLASIA MALIGNA: Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

PERIODO DE CARENIA: Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza, este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia, quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura.

¹ La definición atribuida a hurto calificado, se basa en el artículo 240 del Código Penal

PRIMA: Precio del seguro.

SINIESTRO: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.

TOMADOR: Persona que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.

4. EVENTOS A RECONOCER POR COBERTURA:

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal: Se reconoce un número ilimitado de eventos durante la vigencia de la póliza.
- Para la cobertura de Enfermedades Graves: Se reconoce un evento por el primer diagnóstico o el primer procedimiento de cada una de las 7 enfermedades.
- Detección de cáncer femenino o de próstata: Se reconoce un evento por el primer diagnóstico de cada uno de los cánceres cubiertos.
- Renta de hospitalización por cualquier causa: Dos (02) eventos al año.
- Reposición de documentos y reposición de llaves: Un (01) evento al año.

5. PERIODO DE CARENCIA

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal: 60 días
- Para la cobertura de Enfermedades Graves: 90 días
- Para la cobertura de Detección de cáncer femenino y próstata : 90 días
- Para la cobertura de Renta por Hospitalización: No posee periodo de carencia. Esta Cobertura Cuenta con un día de deducible.
- Para la cobertura de Reposición de llaves y documentos: No posee periodo de carencia

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- **Edad mínima de ingreso:** 18 años Para todas las Coberturas
- **Edad máxima de ingreso:** 69 años + 364 días, Para todas las Coberturas
- **Edad máxima de permanencia:** 74 años +364 días, Para todas las Coberturas

7. VALORES ASEGURADOS

Los valores asegurados serán los señalados en la solicitud de seguro:

Planes 14/12:

Aclaración para Planes 14/12:

Este escenario 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.

El valor asegurado de las cuotas *adicionales* corresponderá a máximo 2.5 veces el pago de la cuota mensual del respectivo mes sin superar un valor máximo de diez millones de pesos m/cte (\$10.000.000).

Planes Especiales: Anuales, Semestrales, Trimestrales y Escalonado

Aclaración para los planes Especiales:

- En las coberturas de Desempleo, Incapacidad Total Temporal su indemnización máxima no podrá exceder \$18.000.000 por evento.
- Para la cobertura de Enfermedades graves su indemnización máxima no podrá exceder 36.000.000 m/cte por el primer diagnóstico o el primer procedimiento de cada una de las 7 enfermedades.
- De los topes máximos de indemnización antes anotados se indemnizarán en primer lugar los cargos fijos y de su remanente se indemnizará la cuota: Anual, Semestral, Trimestral.

Importante:

Todas las cuotas están limitadas al valor de la cuota mensual del crédito, en caso de despido sin justa causa en todo caso, el número de cuotas a ser reconocidos por siniestro o por evento no podrá superar el número de cuotas que hubiesen sido pagadas incluso si el crédito se encontrará vigente.

- Con relación a los valores a reconocerse y/o indemnizarse 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 el número máximo de cuotas establecido para cada amparo desde el momento del aviso del siniestro sin sobrepasarle las sumas aseguradas.
- El presente seguro no cubre la opción de compra de los contratos de leasing de vehículos.
- Presentada la reclamación con la documentación completa en las oficinas y/o sucursales de la entidad financiera, la compañía de seguros contará con (01) un mes para resolver de manera afirmativa (Pago de la indemnización) 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.

8. VIGENCIA DEL SEGURO

Para operaciones de crédito en planes 14/12 y para Planes Especiales: Anuales, Semestrales, Trimestrales y Escalonado 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 leasing. Esta vigencia será mensual con renovación automática por un término igual al inicialmente pactado y se mantendrá siempre y cuando se encuentre activo y con saldo el crédito.

Para operaciones de crédito en planes 14/12 y para Planes Especiales: Anuales, Semestrales, Trimestrales y Escalonado respecto de los cuales los clientes adquieran el seguro en fecha posterior al momento del desembolso del crédito o leasing:

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de facturación de la próxima cuota del crédito o de la facturación del próximo canon del leasing. Esta vigencia será mensual con renovación automática por un término igual al inicialmente pactado y se mantendrá siempre y cuando se encuentre activo y con saldo el crédito o el leasing.

Importante:

- En todos los casos, el seguro iniciará su vigencia a partir de: La aceptación del seguro y cuando el cargo fijo correspondiente a la prima del seguro se vea reflejado en la facturación del crédito o leasing. Si estas dos condiciones no ocurren no habrá indemnización en caso de reclamación.
- La venta de este seguro se realiza a través de las Oficinas y/o sucursales de la entidad financiera.

9. VALOR DE LA PRIMA Y FORMA DE PAGO

9.1. VALOR DE LA PRIMA

- El valor de la prima estará indicado en la solicitud del seguro.
- La prima corresponderá a la multiplicación de la tasa del seguro por el monto inicial del crédito o leasing.

Escenario Tradicional, Gracia y leasing:

Gracia:

BANCOLOMBIA S.A. acuerda con usted, un período de gracia para el pago de capital e intereses remuneratorios o para el pago de capital durante el cual, el cliente solo paga cargos adicionales o cargos adicionales, más intereses remuneratorios. Una vez terminado el período de gracia y de acuerdo a la periodicidad de pago acordada, el cliente paga cargos adicionales, intereses remuneratorios y abona a capital hasta el pago total de la obligación

Escenario 14/12: Este escenario 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.

IMPORTANTE:

- Si el asegurado ("usted") tomó un plan inicial y durante la vigencia del producto financiero adquiere otro plan del presente seguro el tiempo de espera contemplado en el numeral de carencia para cada cobertura no se aplicará en el evento en que el asegurado ya lo haya superado desde antes.

9.2. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima será asumido por cada asegurado, esta será cargada al producto financiero adquirido ("crédito o leasing").

10. TERMINACIÓN

El seguro podrá terminar cuando suceda cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.
3. Cancelación del o los productos financieros seleccionados para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de CARDIF.
6. Muerte del asegurado.
7. Para el caso de contratos de leasing, cuando el mismo se dé por terminado

11. REVOCATORIA UNILATERAL

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes ("Por CARDIF o por el asegurado").

En el caso en que CARDIF lo quiera revocar, deberá remitir un documento escrito dirigido a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación contados a partir de la fecha del envío; en este caso, usted podrá 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 seguro.

Cuando usted desee solicitar la revocación del seguro, lo podrá realizar en cualquier momento, para ello será necesario que dirija a su solicitud de revocación a cualquier oficina de Sufi o podrá comunicarse con la línea de

atención gratuita a nivel nacional AudioSufi 01 8000517834, en Medellín 4446600 y en Cali 5540585. En este caso, la cancelación será efectiva a partir del mes siguiente a su solicitud de revocación.

12. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, a usted como asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Por tal razón para afectar las coberturas descritas en este seguro será necesario que en cada reclamación se entregue además del formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por usted, la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad y los siguientes documentos:

I. Para Desempleo Involuntario

- 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 fecha de inicio y terminación del contrato 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
- Si la vinculación laboral se realizó a través de un contrato por obra o labor, se requiere el aporte del contrato y la carta de terminación.

II. Para Incapacidad Total Temporal

- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por 15 días o más. estos certificados y exámenes deben ser emitidos por las entidades o médicos mencionados en la descripción de cobertura. Se advierte que los certificados de incapacidad informales no serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.

III. Para Enfermedades Graves

- 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 tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

IV. Detección de cáncer femenino o de próstata

- Historia clínica completa;
- Mamografía de seno, (ii) ecografías, (iii) resultados de estudios anatomopatológicos del tejido correspondiente a senos, ovarios, útero, cérvix uterino o próstata tomado mediante biopsia.

V. Renta de hospitalización debido a cualquier causa

- Historia clínica o epícrisis en la cual conste la hospitalización.

VI. Reposición de documentos, reposición de llaves

- Original o copia de denuncia del hecho ante Autoridad Competente donde se especifique detalle, fecha y hora de ocurrencia de los hechos. No se aceptarán las constancias de pérdidas de documentos y/o elementos diligenciadas a través de la página de la Policía Nacional link: <http://webrp.policia.gov.co/publico/Constancia.aspx>

Importante:

CARDIF podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación, así mismo, cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.

12.1. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

Cuando usted cuente con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente tramitar dicha documentación por cualquiera de los siguientes medios:

- Por favor comunicarse con la línea de atención gratuita a nivel nacional AudioSufi 018000517834, en Medellín 5107800, en Bogotá 4446600 y en Cali 55540585 o solicitar información en la Sucursal más cercana de Sufi.

13. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, usted como asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo², según el cuestionario que le sea propuesto por CARDIF. Si usted oculta o proporciona información inexacta sobre hechos o circunstancias que, conocidos por CARDIF, lo hubieren detenido de celebrar el seguro o inducido a aumentar el valor de la prima, se producirá la nulidad relativa³ de este seguro.

Si la inexactitud proviene de error inculpable, el seguro no será nulo, pero CARDIF sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la suma asegurada.

14. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN

CARDIF podrá devolver una reclamación cuando la misma carezca de la documentación y/o información solicitada como prueba para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, cuando sea necesario.

Cuando se efectuó la devolución de la reclamación, se informará cuáles son los documentos que se requieren para la resolución de la reclamación. En este evento, el reclamante podrá presentar una nueva solicitud con los respectivos documentos que acrediten la ocurrencia de las situaciones descritas en el presente seguro.

15. FECHA PARA EL PAGO DEL 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 artículo 1077 del Código de Comercio.

16. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Usted como 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 y al tomador para efectuar todo tratamiento de su información personal, necesario para el cumplimiento de sus deberes legales y contractuales pudiendo, compartir información del asegurado con el tomador de la póliza, así como también, cuando ello se haga indispensable para el desarrollo del contrato de seguro o para cualquier operación que le resulte afín, complementaria o asociada, revelar o encargar, bajo su responsabilidad, información a terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos o reaseguradores en Colombia o en el exterior.

² Su estado del riesgo para este seguro, se relaciona con su estado de salud al momento del inicio del seguro, así como, el estado de su actividad económica. Ejemplo: Empleado o independiente.

³ Nulidad relativa: esto significa que parte del seguro puede quedar sin valor.

Para fines estadísticos y/o de valoración de riesgo el tomador y/o asegurado autorizan a CARDIF para efectuar consultas y reportes de su información personal dirigidos a centrales de riesgo financiero, a autoridades públicas

competentes, y a organismos gremiales del sector financiero y asegurador, así como también a consultar fuentes de información disponible públicamente.

Usted en calidad de asegurado se obliga a informar oportunamente todo cambio y/o actualización e información personal suministrada a CARDIF, en cualquier momento usted en calidad de asegurado podrá conocer, actualizar o modificar sus datos comunicándose a la línea de atención o acceder a políticas, a través de la página web WWW.BNPPARIBASCARDIF.COM.CO enlace "PRIVACIDAD".

Donde aplique, y siempre que los mismos no resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro no será obligatoria la revelación de datos sobre orientación política, sexual, religiosa, filosófica, raza, de menores, o en todo caso datos legalmente considerados como sensibles.

17. ATENCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Señor (a) asegurado (a), recuerde que usted podrá acudir al defensor del consumidor financiero si lo considera necesario, para ello tenga en cuenta la siguiente información:

Defensor Principal. José Federico Ustáriz González.

Defensor Suplente. Mario Santiago Fajardo.

Correo Electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com

Telefax: 6108161 Y 6108164.

Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C.

Horario de Atención: 8:00 A.M. A 6:00 P.M. Jornada Continua.

18. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Cualquier inquietud o duda, por favor comuníquese a las líneas de servicio al cliente, CARDIF con gusto lo atenderá.

- Bogotá D.C. 7455416.

ASEGURADOR

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A

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

**CARDIF SE COMPLACE EN TENERLO A USTED COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA SATISFECHO
CON LOS SERVICIOS OFERTADOS EN ESTE SEGURO.**

Código del condicionado: 01/09/2025-1344-P-24-SUFCVH1408HAL001-0R00

Código de nota técnica: 01/09/2025-1344-NT-P-24-SUFCVHOOOVHAL010

Código del condicionado: 01/09/2025-1344-P-24-SUFCVH1408HAL001-0R00

Código de nota técnica: 01/09/2025-1344-NT-P-24-SUFCVHOOOVHAL010