

PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ENFERMEDADES GRAVES, MUERTE ACCIDENTAL Y AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN

INGRESO PROTEGIDO

CONDICIONES

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. (EN ADELANTE "CARDIF"), 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, Y LOS CONDICIONADOS, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGISTRARÁ POR LAS SIGUIENTES CLAUSULAS Y CONDICIONES.

NÚMERO DE PÓLIZA: PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO EL NÚMERO DE PÓLIZA CORRESPONDERÁ AL NÚMERO DE CÉDULA DEL ASEGURADO CONSIGNADO EN EL CAMPO NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE SEGURO, PRECEDIDO POR EL CÓDIGO DE PRODUCTO

1. COBERTURAS.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES EN CASO QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, 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 DE LA TARJETA DE CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, PARA LOS PRODUCTOS DE MODALIDAD DE PRIMA MENSUAL.

C) EL ASEGURADO LLEVE MÁS DE 6 MESES CONTINUOS TRABAJANDO.

D) EL ASEGURADO CUMPLA CON UN PERÍODO DE ESPERA DE TREINTA (30) DÍAS.

E) 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 ARMADAS.
- 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 DEL TRABAJO.



- 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 HAYASIDOGENERADOPOREL ASEGURADO.
- PERSONAS VINCULADAS A TRAVÉS DE UNAEMPRESADESERVICIOS TEMPORALES.
- CONTRATODEOBRAOLABOR CONTRATADA.

1.1.1. ASISTENCIA LABORAL

LA ASISTENCIA LABORAL QUE CONSISTE EN: (I) EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA, HABILIDADES Y DESTREZAS, (II) ASESORAMIENTO EN LA CONSTRUCCIÓN DE SU HOJA DE VIDA, (III) INCORPORACIÓN A DIVERSAS BOLSAS DE EMPLEO, (IV) SEGUIMIENTO DURANTE DOS MESES SIGUIENTES A LA REINSERCIÓN LABORAL DEL ASEGURADO.

NOTA: PARA ACCEDER A ESTE SERVICIO, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN BOGOTÁ AL 644 6196 ESTA ASISTENCIA APLICA PARA AQUELLAS RECLAMACIONES QUE SE RECONOCEN FAVORABLEMENTE.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS 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.

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 DE LA TARJETA DE CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN LA MISMA, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, PARA LOS PRODUCTOS DE MODALIDAD DE PRIMA MENSUAL.
- 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 SUCDE DESPUES DE TRANSCURRIDOS 60 DÍAS DESDE LA PRIMERA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL REPORTADA, SE CONSTITUIRÁ COMO UN NUEVO EVENTO Y TENDRÁ DERECHO A RECIBIR HASTA CUATRO 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	# DE PAGOS A APLICAR
15 – 44 DIAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1
45 – 70 DIAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2

71 – 90 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3
91 – O MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4

ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES EN CASO DE QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO, SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CON UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN AQUÍ ESTABLECIDA. A. CÁNCER.

CARDIF 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.

ESTA COBERTURA ESTÁ LIMITADA ÚNICAMENTE A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA RECLAMACIÓN REALIZADA A CARDIF POR ESTE CONCEPTO NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE SEGURO.

SE ENTIENDE POR CÁNCER, LA ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTA POR LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO, CARACTERIZADO POR ALTERACIONES CELULARES MORFOLÓGICAS Y CROMOSÓMICAS, CRECIMIENTO Y EXPANSIÓN INCONTROLADO Y LA INVASIÓN LOCAL Y DESTRUCCIÓN DIRECTA DE TEJIDOS, O METÁSTASIS; O GRANDES NÚMEROS DE CÉLULAS MALIGNAS EN LOS SISTEMAS LINFÁTICOS O CIRCULATORIOS. INCLUYE ENTRE ELLOS LOS DIVERSOS TIPOS DE LEUCEMIA (EXCEPTO LA LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCÍTICA), 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.

B. 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 HORAS (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 ANGIOPLASTÍA 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.

C. 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.

D. 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.

E. 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 ESTAN CUBIERTAS.

F. 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 TÍPICO DE AFECTACION DE LAS FUNCIONES SENSORIALES Y MOTORAS Y CUYA PROGRESION HAYA PRODUCIDO DETERIORO INCAPACITANTE SIGNIFICATIVO EN LAS FUNCIONES BÁSICAS Y ESENCIALES PARA LA INDEPENDENCIA, PERO LAS QUE NO LLEVEN NECESARIAMENTE AL ASEGURADO A UNA SILLA DE RUEDAS EN FORMA PERMANENTE.

ESTA ENFERMEDAD SE CARACTERIZA POR ZONAS DE TEJIDOS ENDURECIDOS DEL CEREBRO O DE LA MÉDULA ESPINAL MANIFESTADA POR PARÁLISIS PARCIAL O 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 ESTA COBERTURA SI EL PRIMER EPISODIO OCURRIÓ ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

G. 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 DE LA COBERTURA 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 ESTA COBERTURA, SÓLO SE TOMARÁN POR ENFERMEDADES GRAVES LAS LISTADAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

PARÁGRAFO 3: LA COBERTURA TIENE LA SIGUIENTE LIMITACIÓN:

- a) NO EXISTIRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO CUANDO LA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN SEA PRESENTADA 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 ARL A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO. ESTA CONDICIÓN APLICA PARA TODAS LAS ENFERMEDADES GRAVES LISTADAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

MUERTE ACCIDENTAL.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OBJETO DE COBERTURA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO FALLECE.

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 MÁS LESIONES QUE SE MANIFIESTEN POR CONTUSIONES O HERIDAS VISIBLES, ASÍ COMO TAMBIÉN LAS LESIONES INTERNAS REVELADAS POR LOS EXÁMENES CORRESPONDIENTES.

1.4.1. PAGO ADICIONAL DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO.

CARDIF PAGARÁ AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN ESTAS CONDICIONES EN CASO DE FALLECIMIENTO POR MUERTE ACCIDENTAL DE UNA PERSONA ASEGURADA BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

LOS REQUISITOS Y CONDICIONES APLICABLES A ESTE PAGO ADICIONAL SERÁN LOS MISMOS EXIGIDOS PARA LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL.

2. EXCLUSIONES GENERALES.

2.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

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

A) CUANDO EL CONTRATO DE TRABAJO DEL ASEGURADO TERMINE POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- 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.

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 NO EFECTUARÁ 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:

A) ACCIDENTES ORIGINADOS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN:

- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO A LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTO 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 ARMAS DE FUEGO.

B) LOS EVENTOS SIGUIENTES:

- CUALQUIER ENFERMEDAD MENTAL DECUALQUIER TIPO O 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 NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL
VALOR ASEGURADO SI LA SOLICITUD DE
RECLAMACIÓN TIENE RELACIÓN CON UNA DE LAS
SIGUIENTES ENFERMEDADES EXCLUIDAS:

1) LOS SIGUIENTES TIPOS O MANIFESTACIONES
CÁNCER: LEUCEMIA CRÓNICA LINFOCÍTICA.
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 Y 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 KAPOSÍ. 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
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 CARENIA.

ESTA COBERTURA ESTA 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.

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

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

4) 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 NERVIÓ OPTICO, 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 OPTICO O RETINA. TRASTORNOS ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR. EMBOLIA CEREBRAL SILENTE ASINTOMÁTICA ENCONTRADA EN IMÁGENES.

5) TRATÁNDOSE DE INSUFICIENCIA RENAL SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

6) TRATÁNDOSE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA: SE EXCLUYENOTRASCAUSASDEDAÑO NEUROLÓGICO COMO LUPUS ERYTEMATOSO 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:

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

USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL.

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

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

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

8.6. ENFERMEDADES QUE HAYAN SIDO CRÓNICA CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA, O A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO, SEGÚN CORRESPONDA.

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

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

8.9. EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.

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

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

8.12. 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.

8.13. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS

DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A

CONSECUENCIA DE LESIONES O
ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.

CARDIF NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL
VALOR ASEGURADO SI LA SOLICITUD DE
RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL SE DA
COMO CONSECUENCIA DE:

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.

A. GUERRA, GUERRA CIVIL, ACTOS DE
GUERRA, REVOLUCIÓN, REBELIÓN,
CONMOCIÓN CIVIL.

B. RADIACIONES NUCLEARES O
CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD
PROVENIENTE DE COMBUSTIBLE NUCLEAR
O DE CUALQUIER TIPO DE FUSIÓN
NUCLEAR.

C. ACTIVIDADES PELIGROSAS TALES COMO
MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS
DE FUEGO (ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA
PARA MIEMBROS DE LAS FUERZAS
MILITARES O DE LA POLICÍA NACIONAL).

D. PARTICIPACIÓN EN PELEAS Y/O ACTOS DE
AGRESIÓN.

E. ENVENENAMIENTO A NO SER QUE HAYA
SIDO ACCIDENTAL.

F. MUERTE DEL ASEGURADO CUANDO ÉSTA
SEA CÓMO CONSECUENCIA DE LA
PARTICIPACIÓN DE ÉSTE EN ACTOS
CRIMINALES.

NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA
GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.

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 ESTAS CONDICIONES.

ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA
MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE
FUEGO.

CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO
POR UNA PERSONA QUE NO TENGA LICENCIA
PARA EJERCER LA MEDICINA.

EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA
ASEGURADORA PAGARÁ UNA ENFERMEDAD
QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O ENFERMEDADES GRAVES: TUYA S.A..
SECUELA DE UNA ENFERMEDAD
PREEXISTENTE 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.

3. DEFINICIONES.

3.1. ASEGURADO: PERSONA NATURAL TITULAR DE
UNA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA
S.A.

3.2. BENEFICIARIOS:

PARA LOS AMPAROS DE DESEMPLEO O
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y

PARA LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL Y
AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN: LOS
BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL
ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS
BENEFICIARIOS DE LEY.

3.3 DEPORTES DE ALTO RIESGO: ES LA PRÁCTICA,
ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN
COMPETENCIAS CORRESPONDIENTES A

2.4. MUERTE ACCIDENTAL.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

ESCALAMIENTO DE MONTAÑA, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PLANEADORES, MOTOCICLISMO, DEPORTES DE INVIERNO, DEPORTES PROFESIONALES O CARRERAS QUE NO SEAN A PIE.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO: ES LA EDAD HASTA LA CUAL UNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CONDICIONES PARA SER ASEGURADA PUEDE CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

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, LA PÓLIZA SE DARÁ POR TERMINADA DE ACUERDO A LO INDICADO EN LA CONDICIÓN 15.

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

EVENTO: TODO HECHO CUYAS CONSECUENCIAS ESTÉN AMPARADAS POR ALGUNA DE LAS COBERTURAS DEL OBJETO DEL SEGURO.

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

PERÍODO 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.

PERÍODO DE CARENCIA: CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO CONTADO DESDE EL INICIO DE 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 ESTAS CONDICIONES Y PARA LOS PRODUCTOS DE PRIMA ANUAL EL MISMO NO

VOLVERÁ A SER CONTABILIZADO EN CASO DE RENOVACIÓN.

PERÍODO DE ESPERA: CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO QUE DEBE TRANSCURRIR ENTRE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y EL PRIMER PAGO, ASÍ COMO EL PERÍODO DE TIEMPO QUE EL ASEGURADO DEBERÁ ESTAR EN ESTADO DE DESEMPLEO O PERMANECER VIVO, SEGÚN CORRESPONDA, PARA ACCEDER AL PRIMER PAGO.

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

TOMADOR: EL ASEGURADO.

4. VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA.

PARA TARJETAS DE CRÉDITO RESPECTO DE LAS CUALES LOS CLIENTES AUTORICEN CARGAR AL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LA TARJETA, EL MONTO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A EL (LOS) SEGURO(S) CONTRATADO(S): EL SEGURO ENTRARÁ EN VIGENCIA CON LA ACTIVACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO, DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL UN PERÍODO DE CARENCIA (PERÍODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS Y PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES UN PERÍODO DE CARENCIA (PERÍODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 90 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ ANUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE SE MANTENGA ACTIVA Y VIGENTE LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA S.A., Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

PARA TARJETAS DE CRÉDITO RESPECTO DE LAS CUALES LOS CLIENTES AUTORICEN CARGAR CON POSTERIORIDAD A LA EXPEDICIÓN DE LA TARJETA, EL MONTO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE A EL (LOS) SEGURO(S) CONTRATADO(S): LA COBERTURA ENTRARÁ EN

VIGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE EL ASEGURADO MANIFIESTE SU CONSENTIMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DEL PRODUCTO Y SE REALICE EL CARGO EFECTIVO DEL VALOR DE LA PRIMA DEL SEGURO EN LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA S.A., DEBIÉNDOSE EN TODO CASO APLICAR PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL UN PERIODO DE CARENIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 60 DÍAS Y PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES UN PERIODO DE CARENIA (PERIODO DURANTE EL CUAL NO SE TIENE COBERTURA) DE 90 DÍAS. ESTA VIGENCIA SERÁ ANUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA POR UN TÉRMINO IGUAL AL INICIALMENTE PACTADO, EN VIRTUD DE LA AUTORIZACIÓN QUE OTORQUE PARA EL EFECTO EL ASEGURADO, SIEMPRE QUE SE MANTENGA ACTIVA Y VIGENTE LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR TUYA S.A., Y HASTA CUANDO ÉSTE CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA, SALVO QUE EL ASEGURADO EXPRESE SU VOLUNTAD DE NO RENOVARLO, DÁNDOLO POR TERMINADO.

5. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ ASUMIDO POR EL ASEGURADO, Y ESTARÁ CARGADO A LA TARJETA DE CRÉDITO EMITIDA POR LA COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO TUYA S.A, EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL, DEPENDERÁ DEL NÚMERO DE CUOTAS PACTADAS ENTRE EL ASEGURADO Y TUYA S.A.

6. MORA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A CARDIF PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

7. VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS.

EL VALOR DE LA PRIMA PARA CADA PERSONA ASEGURADA SERÁ EL SEÑALADO EN ESTAS CONDICIONES.

8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

PARA TODOS LOS AMPAROS:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 63 AÑOS + 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 64 AÑOS+ 364 DÍAS.

9. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES Y PRIMAS.

IMPORTANTE:

EL IVA DE ÉSTE PRODUCTO SE ENCUENTRA DESACTUALIZADO COMO CONSECUENCIA DE LOS CAMBIOS INTRODUCIDOS POR LA LEY 1819 DE 2016 DE "REFORMA TRIBUTARIA". POR LO ANTERIOR, TENGA PRESENTE QUE EL IVA DEL 16% SE ACTUALIZARÁ AL 19%, EN EL CURSO DE LOS PRÓXIMOS DÍAS.

10. 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 LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: NO SE ESTABLECE PERIODO DE CARENIA ALGUNO.

11. PERÍODO DE ESPERA.

- PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y ENFERMEDADES GRAVES: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE ESPERA DE 30 DÍAS.
- PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: NO SE ESTABLECE PERÍODO DE ESPERA ALGUNO.
- PARA LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: NO SE ESTABLECE PERÍODO DE ESPERA ALGUNO.

12. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

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 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 MUERTE ACCIDENTAL NO SE APLICA PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

13. 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 4 PAGOS DE CONFORMIDAD CON EL PLAN CONTRATADO.

14. NÚMERO DE EVENTOS A INDEMNIZAR.

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON EL LÍMITE DE

LA COBERTURA, DEBIÉNDOSE APLICAR EL PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE DÍAS DE INCAPACIDAD ESPECIFICADA PRESENTES CONDICIONES.

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: CARDIF CUBRIRÁ EL PRIMER DIAGNÓSTICO POR CADA ENFERMEDAD GRAVE AQUÍ CUBIERTA. 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 LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL: SE INDEMNIZARÁ UN ÚNICO EVENTO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO SUSCRITA ENTRE CARDIF Y EL TOMADOR.

15. 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. MUERTE DEL ASEGURADO.

16. REVOCACIÓN UNILATERAL.

EN CASO DE QUE EL TOMADOR, AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, PROCEDA A SOLICITAR ANTE CARDIF, LA REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO, LA DEVOLUCIÓN DE

PRIMA NO DEVENGADA A SER RECONOCIDA A FAVOR DEL TOMADOR, SE EFECTUARÁ CONFORME LA SIGUIENTE METODOLOGÍA:

RANGOS DE TIEMPO	PORCENTAJE DE LA PRIMA A DEVOLVER
DESDE EL MOMENTO DEL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y/O SUS RENOVACIONES Y HASTA DENTRO DE LOS SESENTA (60) DÍAS SIGUIENTES	100% DEL VALOR DE LA PRIMA DE SEGURO PAGADA POR EL ASEGURADO.
UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS SESENTA (60) DÍAS SIGUIENTES AL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO Y/O SUS RENOVACIONES Y HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA VIGENCIA DE ÉSTE.	100% DEL VALOR TOTAL DE LA PRIMA DE SEGURO PAGADA MENOS LOS MESES Y DÍAS QUE EL ASEGURADO ESTUVO PROTEGIDO.

ASÍ MISMO, EL CONTRATO DE SEGURO PODRÁ SER REVOCADO 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.

17. CONDICIONES DE INDEMNIZACIÓN.

- PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO: EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DEL (LOS) BENEFICIARIO(S).

PLAN UNICO: 8 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$130.000.

- PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DEL (LOS) BENEFICIARIO(S):

PLAN UNICO: HASTA 4 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$ 260.000.

- PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES

GRAVES: EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DEL (LOS) BENEFICIARIO(S).

PLAN UNICO: 12 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$130.000.

- PARA LAS COBERTURAS DE MUERTE ACCIDENTAL: EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS BENEFICIARIOS DE LEY.

PLAN UNICO: 24 PAGOS MENSUALES CADA UNO DE \$130.000.

AUXILIO DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO: EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN A PAGAR CORRESPONDERÁ AL 100% DEL VALOR ASEGURADO, EL CUAL SERÁ RECONOCIDO A FAVOR DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS BENEFICIARIOS DE LEY.

PLAN UNICO: \$4.000.000

18. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

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 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.
- DECLARACIÓN JURAMENTADA ANTE NOTARIO EN LA QUE SE DEJE CONSTANCIA DE LOS PRIMEROS TREINTA (30) DÍAS EN ESTADO DE DESEMPLEO.

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.
- CERTIFICADOS O 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.

AMPLIACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

- EN CASO DE AMPLIACIÓN O EXTENSIÓN DEL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADOS O 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. EL MÉDICO O ESPECIALISTA QUE

OTORGUE LA INCAPACIDAD NO PODRÁ SER FAMILIAR HASTA EN TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y SEGUNDO DE AFINIDAD DEL ASEGURADO.

PARA EL AMPARO DE 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.
- CERTIFICADOS O 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 HASTA EN TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y SEGUNDO DE AFINIDAD DEL ASEGURADO.
- EXÁMENES QUE COMPROBEN EL PADECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (BIOPSIA, RADIOGRAFÍAS, ETC.)

18.4 PARA EL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL.

AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AL ASEGURADO/BENEFICIARIO LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO. NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE SUGIERE QUE EN CASO DE MUERTE DE UN ASEGURADO, EL (LOS) BENEFICIARIO (S) ALLEGUE (N) LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN LOS ÚNICOS POR MEDIO DE LOS CUALES SE PUEDE PROBAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO:

- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL (LOS) BENEFICIARIO(S).
- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO.
- ORIGINAL O COPIA DEL REGISTRO CIVIL O NOTARIAL DE DEFUNCIÓN.
- NECROPSIA.
- EN CASO DE MUERTE PRESUNTA SE ADJUNTARÁ COPIA DE SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA DONDE SE INDIQUE LA PRESUNTA FECHA DE MUERTE.

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.

19. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD 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. 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.

20. FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

CARDIF 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.

EL CONTRATO DE REASEGURO NO MODIFICA EL CONTRATO CELEBRADO ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADOR, Y LA OPORTUNIDAD DE PAGO DE ESTE, EN CASO DE SINIESTRO, NO PODRÁ DIFERIRSE A PRETEXTO DEL REASEGURO.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO TENDRÁN DERECHO A DEMANDAR, EN EL LUGAR DE LOS INTERESES A QUE SE REFIERE EL INCISO ANTERIOR, LA INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS CAUSADA POR LA MORA DEL ASEGURADOR.

21. MÉRITO EJECUTIVO DE LA PÓLIZA.

LA PÓLIZA PRESTARÁ MÉRITO EJECUTIVO CONTRA EL ASEGURADOR, POR SÍ SOLA, TRANSCURRIDO UN MES CONTADO A PARTIR DEL DÍA EN EL CUAL EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO O QUIEN LOS REPRESENTA, ENTREGUE AL ASEGURADOR LA RECLAMACIÓN APAREJADA DE LOS COMPROBANTES QUE,

SEGÚN LAS CONDICIONES DE LA CORRESPONDIENTE PÓLIZA, SEAN INDISPENSABLES PARA ACREDITAR LA

OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO, SIN QUE DICHA RECLAMACIÓN SEA OBJETADA DE MANERA SERIA Y FUNDADA.

22. 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.

23. AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, AUTORIZAN A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS, SUMINISTRE INFORMACIÓN ENTRE COMPAÑÍAS ASEGURADORAS, CONSULTA O TRANSFERENCIA DE DATOS, CON CUALQUIER AUTORIDAD QUE LO REQUIERA EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR, CONSULTE, INFORME, GUARDE EN SUS ARCHIVOS Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO QUE CONSIDERE NECESARIO O A CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RESULTE DE TODAS LAS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE Y BAJO CUALQUIER MODALIDAD SE LE HAYA OTORGADO O SE LE OTORQUE EN EL FUTURO, ASÍ COMO SOBRE NOVEDADES, REFERENCIAS Y MANEJO DE LA PÓLIZA Y DEMÁS SERVICIOS QUE SURJAN DE ESA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARAN CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES.

24. AVISO AL ASEGURADOR.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARÁN OBLIGADOS A DAR NOTICIA A CARDIF COLOMBIA 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. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PODRÁ DEVOLVER UNA RECLAMACIÓN CUANDO LA MISMA CAREZCA DE LA DOCUMENTACIÓN Y/O INFORMACIÓN SOLICITADA COMO PRUEBA PARA ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y EN AQUELLOS CASOS QUE SEA NECESARIO LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

CUANDO SE EFECTUE LA DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. INFORMARÁ AL RECLAMANTE LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA LA RESOLUCIÓN DE LA MISMA. EN ESTE EVENTO, EL RECLAMANTE PODRÁ PRESENTAR UNA NUEVA RECLAMACIÓN CON LOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.

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. 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,



**BNP PARIBAS
CARDIF**

INFORMACIÓN A TERCEROS TALES COMO PROVEEDORES TECNOLÓGICOS, OPERADORES LOGÍSTICOS O REASEGURADORES EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR.

PARA FINES ESTADÍSTICOS Y/O DE VALORACIÓN DE RIESGO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO AUTORIZAN A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PARA EFECTUAR CONSULTAS Y REPORTES DE SU INFORMACIÓN PERSONAL DIRIGIDOS A CENTRALES DE RIESGO FINANCIERO,

A AUTORIDADES PÚBLICAS COMPETENTES, Y A GREMIALES DEL SECTOR FINANCIERO Y ASEGURADOR, ASÍ COMO TAMBIÉN A CONSULTAR FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE PÚBLICAMENTE.

EL ASEGURADO SE OBLIGA A INFORMAR OPORTUNAMENTE TODO CAMBIO Y/O ACTUALIZACIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL SUMINISTRADA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. EL ASEGURADO PODRÁ CONOCER, ACTUALIZAR O MODIFICAR SUS DATOS COMUNICÁNDOSE A LA LÍNEA (601) 7455420 EN BOGOTÁ D.AC. 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.

27. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO.

A TRAVÉS DEL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO, COMO VOCERO Y CONCILIADOR ANTE LAS ENTIDADES FINANCIERAS, PODRÁN SER FORMULADAS LAS QUEJAS RESPECTO A LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS PRESTADOS POR NUESTRA COMPAÑÍA DE MANERA GRATUITA, LA DEFENSORÍA DEL CLIENTE ES EJERCIDA POR LOS DOCTORES JOSÉ FEDERICO USTÁRIZ GONZÁLEZ (DEFENSOR PRINCIPAL) Y MARIO SANTIAGO FAJARDO (DEFENSOR SUPLENTE). LAS QUEJAS SERÁN RESUELTAS DENTRO DEL MARCO DE SUS FUNCIONES, SIN QUE SE EXIJA NINGUNA FORMALIDAD ADICIONAL A SU IDENTIFICACIÓN,

DATOS DE CONTACTO Y DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS Y DERECHOS QUE CONSIDERE VULNERADOS. DICHOS REQUERIMIENTOS PODRÁN SER RADICADOS A NIVEL NACIONAL A TRAVÉS DE:

- E-MAIL: «DEFENSORIACARDIF@USTARIZABOGADOS.COM»
- DIRECCIÓN FÍSICA: CARRERA 11A N° 96 - 51 OFICINA 203, EDIFICIO OFICITY, BOGOTÁ, D.C., O EN LOS TELÉFONOS: 60(1) 6108161 Y 60(1) 6108164. HORARIO DE ATENCIÓN DE LUNES A VIERNES DE 8:00 A.M. A 6:00 P.M. JORNADA CONTINUA.
- PÁGINA WEB [HTTPS://USTARIZABOGADOS.COM](https://ustarizabogados.com)
- APP DEFENSORÍA CONSUMIDOR FINANCIERO
- A TRAVÉS DE NUESTRA PÁGINA WEB [HTTPS://BNPPARIBASCARDIF.COM.CO/](https://bnpparibascardif.com.co/) EN EL LINK DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO DONDE PODRÁ CONOCER LAS FUNCIONES, TRÁMITES Y PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE QUEJAS POR PARTE DEL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO.

28. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

- BOGOTÁ D.C: 7455420

ASEGURADOR
CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.

ASISTENCIA LABORAL

A TRAVÉS DE LA ASISTENCIA, LA ASEGURADORA PONE A DISPOSICIÓN DE SUS ASEGURADOS UN SERVICIO DE ASISTENCIA LABORAL:

CLAUSULA I - OBJETO DE LA ASISTENCIA

EN VIRTUD DE LA PRESENTE ASISTENCIA CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. GARANTIZA LA PUESTA A DISPOSICIÓN DEL ASEGURADO UNA AYUDA MATERIAL OPORTUNA EN FORMA DE PRESTACIÓN ECONÓMICA O DE SERVICIOS, CUANDO ÉSTE SE ENCUENTRE EN UNA SITUACIÓN DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

ESTE SERVICIO SERÁ PRESTADO DIRECTAMENTE POR EL TERCERO ("AXA ASISTENCIA") CONTRATADO POR CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. EL CUAL ESTARÁ DISPONIBLE PARA LOS ASEGURADOS.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

**LINEA DE ATENCION AL CLIENTE PARA LA
ASISTENCIA**

BOGOTA: 644 6196

28. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

- BOGOTÁ D.C.: 7455420

ASEGURADOR

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A

- CLAÚSULA II. DESCRIPCIÓN DE LA ASISTENCIA:
ASESORIA EN LA REALIZACIÓN DEL CURRÍCULUM LABORAL A SOLICITUD DEL BENEFICIARIO: AXA ASISTENCIA ORIENTARÁ TELEFÓNICAMENTE Y BRINDARÁ RECOMENDACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE SU CURRÍCULUM LABORAL, VERIFICANDO QUE CONTENGA LA INFORMACIÓN NECESARIA DE MANERA CLARA Y COMPLETA. LA ASESORÍA SE EFECTUARÁ LIMITÁNDOSE A CONCEPTOS BÁSICOS SIN QUE SE COMPROMETA LA RESPONSABILIDAD DE AXA ASISTENCIA Y SIN QUE SE ANDE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO. IGUALMENTE NO SE GARANTIZAN LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS DE TRABAJO QUE ADELANTE EL BENEFICIARIO EN LAS CUALES INCLUYA LAS RECOMENDACIONES BRINDADAS POR AXA ASISTENCIA. ESTA COBERTURA ES UN SERVICIO ILIMITADO EN EVENTOS POR BENEFICIARIO.

- ASESORIA EN LA BUSQUEDA DE EMPLEO
AXA ASISTENCIA BRINDARÁ AL BENEFICIARIO ASESORÍA TELEFÓNICA BÁSICA EN LA BÚSQUEDA DE EMPLEO,
RECOMENDÁNDOLE DIFERENTES FUENTES DE SOLICITUDES EN EL MERCADO LABORAL, TENIENDO EN CUENTA LA FORMACIÓN, LA EXPERIENCIA PROFESIONAL Y LAS CAPACIDADES DEL BENEFICIARIO. LAS RECOMENDACIONES SUMINISTRADAS AL BENEFICIARIO NO SE DEBEN ENTENDER COMO DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO Y NO COMPROMETEN LA RESPONSABILIDAD DE AXA ASISTENCIA. ESTA COBERTURA ES UN SERVICIO ILIMITADO EN EVENTOS POR BENEFICIARIO.

= INFORMACION SOBRE PROGRAMAS DE CAPACITACION Y TALLERES: AXA ASISTENCIA SUMINISTRARÁ INFORMACIÓN TELEFÓNICAMENTE AL BENEFICIARIO SOBRE PROGRAMAS ACADÉMICOS, CAPACITACIONES Y TALLERES BRINDADOS POR INSTITUCIONES RECONOCIDAS A NIVEL NACIONAL E INDICARÁ LOS REQUERIMIENTOS BÁSICOS PARA INGRESO A DICHAS INSTITUCIONES.