

PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ENFERMEDADES GRAVES Y MUERTE ACCIDENTAL

CONDICIONES CRÉDITOS DE CONSUMO (CUPO ACTIVO)

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., teniendo en cuenta y en consideración a las declaraciones realizadas en la solicitud de seguro suscrita por el asegurado o en la grabación telefónica de éste obtenida, la carátula de la póliza y los condiciones del seguro, los cuales son parte integrante de la presente póliza, ha convenido con el tomador celebrar el presente contrato de seguro que se registrará por las siguientes cláusulas y condiciones.

1. COBERTURAS

1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

¿Cuál es el Objetivo de esta cobertura? CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., pagará al beneficiario del seguro la suma asegurada expresamente indicada en la carátula de la póliza y/o sus condiciones 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:

- El asegurado tenga un contrato de trabajo a término indefinido o a término fijo.
- El asegurado lleve más de 6 meses 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.
- Que el asegurado se encuentre en estado de desempleo

IMPORTANTE

- Cualquier tipo de empleado cuya relación laboral haya configurado un contrato y en razón de la cuál haya recibido una indemnización o bonificación al momento del despido o de la renuncia negociada.
- Empleados con contrato verbal.
- Fuerzas militares.
- Empleados públicos de carrera administrativa.
- Empleados de libre nombramiento y remoción, cuyo retiro no haya sido generado por el asegurado, y se encuentre contenido en un acto administrativo.
- Despido masivo con o sin autorización del ministerio de la protección social.
- Terminación del contrato a término fijo antes del término inicialmente establecido, siempre y cuando esta terminación no dependa de la voluntad del asegurado y no exista justa causa en la terminación.
- Personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado cuyo retiro no haya sido generado por el asegurado.
- Personas vinculadas a través de una empresa de servicios temporales.
- Contrato de obra o labor contratada.

¿Qué NO me cubre? Los amparos de este seguro están sujetos a las exclusiones que se enuncian a continuación y, en consecuencia, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., no efectuará pago alguno con ocasión del presente contrato de seguro:

1	Decisión unilateral del trabajador.
2	Por despido con justa causa
3	Por muerte del trabajador
4	Por expiración del término estipulado en los contratos a término fijo.
5	Por terminación de la obra o labor contratada.
6	Por terminación de la obra o labor contratada.
7	Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.
8	Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del periodo de prueba.

9	Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o a la finalización del período de prueba.
10	Cuando el contrato de trabajo sea suspendido por cualquier causa.
11	Cuando se trate de trabajadores empleados en su propia empresa.
12	No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de incapacidad total temporal.
13	Cuando el asegurado se encuentre empleado, incluso después de haberse encontrado un período en estado de desempleo.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

¿Qué cubrimos? CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., pagará al beneficiario del seguro la suma asegurada expresamente indicada en la carátula de la póliza y/o sus condiciones, si como consecuencia de un accidente o enfermedad corporal ocurrido durante la vigencia de la presente póliza un asegurado cubierto por el presente seguro queda incapacitado total y temporalmente e inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional, sin considerar si éste le genera un ingreso.

Son condiciones indispensables y concurrentes para la operancia de este amparo que:

- A) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la eps o arp a la cual se encuentre afiliado el asegurado o un médico especialista en medicina ocupacional.
- B) 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 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 seis pagos.

- C) 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:

Días de Incapacidad Total Temporal Certificada	# de Pagos a Aplicar
15 – 44 Días calendario consecutivos	1
45 – 74 Días calendario consecutivos	2
75 – 104 Días calendario consecutivos	3
105 – 134 Días calendario consecutivos	4
135 – 164 Días calendario consecutivos	5
165 – O MÁS Días calendario consecutivos	6

¿Qué NO cubrimos? Los amparos de este seguro están sujetos a las exclusiones que se enuncian a continuación y, en consecuencia, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. no efectuará pago alguno 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 directa o indirectamente el asegurado.
 - Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero de una aerolínea
 - 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 de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión o desórdenes nerviosos o cualquier trastorno mental que sufra el asegurado.
 - 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 a los miembros de fuerzas militares.
- D) No se incluyen bajo esta cobertura personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de desempleo.

1.3. ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué cubrimos ? CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., pagará al beneficiario del seguro la suma asegurada expresamente indicada en la carátula de la póliza y/o sus condiciones en caso de que un asegurado cubierto por el presente seguro, sea diagnosticado con cualquiera de las siguientes enfermedades graves de acuerdo con la definición establecida en las condiciones para cada una de ellas, debiéndose en todo caso aplicar lo establecido en las exclusiones de la presente cobertura.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. cubrirá el diagnóstico de más de un evento por cada enfermedad grave aquí cubierta, siempre y cuando el nuevo evento de una enfermedad ya diagnosticada o indemnizada sea independiente del primer evento indemnizado. Cualquier enfermedad grave aquí cubierta que sea consecuencia de un evento ya indemnizado o preexistente al momento de inicio de la vigencia de la cobertura no será cubierto presente contrato de seguro.

1.3.1 Cáncer

¿Qué cubrimos ? CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. pagará la suma asegurada contratada para este amparo, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala

Se entiende por cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfática crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. El cáncer deberá requerir tratamiento con cirugía, radioterapia o quimioterapia.

¿Qué NO cubrimos? Leucemia crónica linfocítica cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno. Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos, con potencial bajo de malignidad, o no invasivos. Todas las lesiones descritas como carcinoma in situ y las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera, trombocitemia esencial. Todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de "Gleason" con un grado mayor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase T2N0M0 según la clasificación de AJCC sexta edición clasificación TMN. Cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de kaposi. Melanomas delgados con reporte de patología mostrando niveles de clark menores de III o un grosor menor a 1.0 mm. Según la clasificación de Breslow. El cáncer de tiroides temprano con un diámetro menor de 1.0 cm. e histológicamente descrito como T1 por la sexta edición de AJCC clasificación TMN, siempre y cuando no exista metástasis. Cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la sexta edición de AJCC clasificación TMN como TA o una clasificación equivalente, siempre y cuando no exista metástasis. Leucemia linfocítica crónica (LLC) con clasificación menor de la etapa 3 en la prueba de RAI.

Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

Esta cobertura esta limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la aseguradora por este concepto no será cubierta por este seguro.

En el mismo sentido, se encuentran excluidos aquellos eventos de cáncer femenino cuyas lesiones sean descritas como carcinoma in situ, tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma in situ y tumores que sean descritos histológicamente como pre malignos o no-invasivos, incluyen carcinoma-in-situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC-2 Y NIC-3, condilomas planos y papiloma.

1.3.2. Infarto Agudo de Miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón

¿Qué cubrimos ? Es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardíaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de un aporte deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de setenta 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.
- Un historial de dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.

La insuficiencia cardíaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no están cubiertas. El infarto del miocardio que

ocurre dentro de los 14 días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de la arteria coronaria, incluyendo pero no limitado a la angioplastia coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas que en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardíaca mostrados en las imágenes cardíacas 30 días después del procedimiento coronario.

¿Qué NO cubrimos? La insuficiencia cardíaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no están cubiertas.

1.3.3. Cirugía De Bypass Coronario

¿Qué cubrimos ? 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 requieran cirugía.

¿Qué NO cubrimos? Cirugía de bypass coronario: La angioplastia con globo. Otras técnicas que no requieren cirugía. Están excluidos los procedimientos: La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardíaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotatable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales. También esta excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

1.3.4. Enfermedad Cerebro – Vascular

¿Qué cubrimos ? 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.

¿Qué NO cubrimos? Enfermedad cerebro-vascular: 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.

1.3.5. Insuficiencia Renal Crónica

¿Qué cubrimos ? Es 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.

¿Qué NO cubrimos? Insuficiencia renal crónica: La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular no son cubiertas.

1.3.6. Trasplante De Órganos Mayores

¿Qué cubrimos ? 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 nación y trasplante de órganos establecidos en Colombia.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación deberán contener los soportes médicos respectivos.

¿Qué NO cubrimos? 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.

Causales adicionales de exclusión: La aseguradora no deberá pagar el valor asegurado si la enfermedad grave ha sido causa directa o indirecta de:

- Lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto inferidas, 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.
- 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 cubiertas 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 preexistencias.
- 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 civil, subversión y terrorismo. rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción
- 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.
- Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- 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.

1.3.7 Esclerosis Múltiple.

¿Qué cubrimos? 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 aseguradora pagará al beneficiario del seguro el valor asegurado, siempre y cuando la enfermedad diagnosticada no sea del tipo de las enfermedades excluidas bajo esta cobertura.

PARÁGRAFO 1: Para los efectos de este anexo, sólo se tomarán por enfermedades graves las listadas en la presente cláusula.

PARÁGRAFO 2: La cobertura que otorga este anexo tiene la siguiente limitación:

a la aseguradora después de que el asegurado

- No existirá la obligación de pagar el valor asegurado cuando el reclamo sea presentado haya cumplido la edad máxima de permanencia definida en las presentes condiciones

La enfermedad debe estar certificada por un médico adscrito a la eps, arl o medicina prepagada a la cual se encuentre afiliado el asegurado.

Para cáncer, 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.

¿Qué NO cubrimos? Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

1.4. MUERTE ACCIDENTAL

¿Qué cubrimos? CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., pagará al beneficiario del seguro la suma asegurada expresamente indicada en la carátula de la póliza y/o sus condiciones si como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del presente certificado, fallece la persona asegurada bajo este seguro, dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

Para efectos del presente seguro se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, así como también las lesiones internas reveladas por los exámenes correspondientes.

¿Qué NO cubrimos? CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. no efectuará pago alguno con ocasión del presente contrato de seguro cuando el accidente sea originado por:

- La participación del asegurado en:
 - Cualquier servicio o actividad en cualquier fuerza militar en tiempo de paz o de guerra, de policía o armada de cualquier tipo, actos de guerra (interna o externa, declarada o no), acto de enemigo extranjero, rebelión, revolución, motín, conmoción civil, asonada, sedición o insurrección, invasión, actos terroristas, o usurpación ilegal del poder.
 - Actos delictivos o contravencionales de acuerdo con la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado.
 - Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero en una aerolínea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.

- D. Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- E. Práctica de cualquier deporte en forma profesional o la práctica de deportes de alto riesgo de cualquier clase y la práctica de deportes que involucren el uso de equipos, medios o máquinas de vuelo o deportes con la intervención de algún animal.
- F. Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.
- G. Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- H. Intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x o choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
- I. El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
- J. Convulsiones de la naturaleza de cualquier clase; fisión, fusión nuclear o radioactividad.

2. Los eventos siguientes:

- A) Accidentes que sufra el asegurado cuando se desplace en helicóptero o cuando viaje como pasajero en vuelos para los cuales no existan itinerarios regulares debidamente publicados.
- B) Accidentes que se originen debido a que el asegurado estaba bajo la influencia de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
- C) Accidentes que se originen a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo los efectos del alcohol.
- D) Accidentes ocurridos con antelación al inicio de vigencia del contrato de seguro o sus secuelas.
- E) Cualquier enfermedad corporal o mental de cualquier índole.
- F) Suicidio o cualquier intento del mismo, aún cuando se cometan en estado de incapacidad mental.
- G) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- H) Cualquier condición de carácter médico (consecuencias o recaídas de la enfermedad o accidente) que el asegurado tuviera en la fecha de inicio de vigencia respecto de la cual haya recibido aviso, o con ocasión de la cual se encuentre recibiendo tratamiento médico al inicio de la vigencia de la póliza.
- I) Cualquier condición relacionada directa o indirectamente con síndrome de inmunodeficiencia humana (sida) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), conforme con las definiciones reconocidas para tal efecto por la organización mundial de la salud.
- J) Cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado

2. ATENCIÓN 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>
- APP Defensoría Consumidor Financiero
- A través de nuestra página web <https://bnpparibascardif.com.co/> en el link defensor del consumidor financiero donde podrá conocer las funciones, tramites y procedimiento para la resolución de quejas por parte del defensor del consumidor financiero.

3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

En adición a la Fotocopia del documento de identidad (sólo beneficiarios) y el Formato para Declaración de Sinistros, el reclamante está obligado a probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos, para cada una de las coberturas, sin perjuicio de otros que considere pertinentes.

DESEMPLEO	ENFERMEDADES GRAVES
• Documento en el que conste la terminación de la relación laboral o carta de despido, en el que se especifique: (i) tipo de contrato, (ii) causal de terminación (iii) fecha de inicio y terminación del contrato. (iv) Soporte de indemnización o bonificación. (v) Para contratos de obra labor, prestación de servicios, carrera administrativa, trabajadores oficiales, o de libre nombramiento o remoción y en provisionalidad, certificación de continuidad laboral. • Documento en el cual se refleje el valor adeudado por el asegurado al momento del siniestro y el valor de las cuotas a pagar (Plan de Pagos aportado por Bancoomeva). • Copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.	• Historia clínica y en caso de cáncer los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico. • Documento en el cual se refleje el valor adeudado por el asegurado al momento del siniestro y el valor de las cuotas a pagar (Plan de Pagos aportado por Bancoomeva).
MUERTE ACCIDENTAL	
• Registro Civil de Defunción. • Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha, causa de la muerte y los datos del asegurado o certificación médica en la cual conste la causa de la muerte. • Solicitud de seguro para verificación de beneficiarios designados o de ley. • Documento de identidad de los beneficiarios. • Certificación bancaria de los beneficiarios.	

- CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ("CARDIF") podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

4. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

1

Complete los documentos

2

Radique en la oficina del banco o a través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3124168661

3

Nos contactaremos con usted para informarle la resolución del caso

Con el objetivo de simplificar el procedimiento para la atención de la reclamación, la definición se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y la cuantía, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio.

5. DEFINICIONES.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Código Condicionado: 31/10/2025-1344-P-24-COCLI4706TMK001-0R00
Código Nota Técnica: 31/10/2025-1344-NT-P-24-COCLIOOOVTMK001

**Seguros
para un mundo
en evolución**

Asegurado: Es la persona titular del interés objeto del seguro.

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

Carencia: Período de tiempo contado desde el inicio de la vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho alguno a indemnización frente a la ocurrencia de un evento.

Deducible: Valor que debe asumir el asegurado al momento de pagarse la indemnización.

Edad máxima de ingreso: es la edad hasta la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al 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, el certificado individual de seguro se dará por terminado de acuerdo a lo indicado en las presentes condiciones.

Edad mínima de ingreso: es la edad a partir de la cual una persona que cumpla con las condiciones para ser asegurada puede adherirse al presente contrato de seguro.

Evento: todo hecho cuyas consecuencias estén garantizadas por algunas de las coberturas del objeto del seguro.

Exclusiones: Son los eventos no amparados por el seguro.

Indemnización: Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.

Periodo activo mínimo: corresponde al período mínimo de tiempo durante el cual el asegurado debe permanecer empleado a efectos de tener la posibilidad de presentar una nueva reclamación que afecte la cobertura de desempleo involuntario.

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 la carátula de la póliza y/o sus condiciones.

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.

Prima: Es el precio del seguro.

Siniestro: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.

Tomador: La persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.

Valor Asegurado: Cuantía máxima de la indemnización a cargo de la aseguradora tras la ocurrencia de un siniestro amparado en la póliza que ésta ha expedido, sin que supere el valor contratado en el certificado individual de seguro.