

## PÓLIZA DE SEGURO

# ACCIDENTES PERSONALES Y VIDA CLÁSICO

SEÑOR ASEGURADO, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. LO INVITA A CONOCER LAS CONDICIONES DEL SEGURO QUE ADQUIRIÓ.

ESTA PÓLIZA SE COMPONE DE LAS PRESENTES CONDICIONES Y LA SOLICITUD DE SEGURO.

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ART. 184 DEL EOSF Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, CADA UNA DE LAS EXCLUSIONES SERÁN ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA.

## 1. COBERTURAS

### 1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

**¿QUÉ ME CUBRE?** SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA USTED MUERE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA, SE RECONOCERÁ A FAVOR DE SUS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O LOS DE LEY, EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO.

### 1.2. AUXILIO FUNERARIO

**¿QUÉ ME CUBRE?** SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA USTED MUERE POR CUALQUIER CAUSA SE RECONOCERÁ A FAVOR DEL BENEFICIARIO UNA RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE MUERTE, EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES USTED MUERA POR CUALQUIER CAUSA.

### 1.3. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA

**¿QUÉ ME CUBRE?** SI USTED SUFRE UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA, SE RECONOCERÁ EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO. ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ ESTAR FUNDAMENTADA EN UN DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDO POR LA EPS O ARL, COLPENSIONES, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ U ORGANISMO COMPETENTE SEGÚN EL RÉGIMEN APLICABLE, Y EL CUAL DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).

#### IMPORTANTE

- AL MOMENTO DE PRESENTARSE LA RECLAMACIÓN, SE CONSIDERARÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, COMO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DETERMINADA EN EL MOMENTO EN QUE LA PERSONA EVALUADA ALCANCE EL CINCUENTA POR CIENTO (50 %) DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL. ADEMÁS, ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ SOPORTARSE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LOS EXÁMENES CLÍNICOS Y DE AYUDA DIAGNÓSTICA LOS CUALES PUEDAN CORRESPONDER A ANTES O DESPUÉS DE LA FECHA DE LA DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.

### 1.4. MUERTE ACCIDENTAL

**¿QUÉ ME CUBRE?** SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA USTED MUERE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, SE RECONOCERÁ A FAVOR DE SUS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O LOS DE LEY, EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO.

#### IMPORTANTE

- SE CUBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO QUE OCURRA DENTRO DE LOS 180 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE.
- EL ACCIDENTE DEBE OCURRIR DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

### 1.5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL

**¿QUÉ ME CUBRE?** SI USTED SUFRE UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, SE RECONOCERÁ EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO. ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ ESTAR FUNDAMENTADA EN UN DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDO POR LA EPS O ARL, COLPENSIONES, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ U ORGANISMO COMPETENTE SEGÚN EL RÉGIMEN APLICABLE, Y EL CUAL DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL CINCUENTA POR CIENTO (50%).

#### IMPORTANTE

- AL MOMENTO DE PRESENTARSE LA RECLAMACIÓN, SE CONSIDERARÁ COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO, COMO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DETERMINADA EN EL MOMENTO EN QUE LA PERSONA EVALUADA ALCANCE EL CINCUENTA POR CIENTO (50 %) DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL U OCUPACIONAL. ADEMÁS, ESTA INCAPACIDAD DEBERÁ SOPORTARSE EN LA HISTORIA CLÍNICA, LOS EXÁMENES CLÍNICOS Y DE AYUDA DIAGNÓSTICA LOS CUALES PUEDAN CORRESPONDER A ANTES O DESPUÉS DE LA FECHA DE LA

- DECLARATORIA DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL.
- EL DICTAMEN Y EL ACCIDENTE DEBEN OCURRIR DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

## 1.6. RENTA DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN ACCIDENTAL

**¿QUÉ ME CUBRE?** SE PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, HASTA POR 30 DÍAS, SI EL ASEGURADO ES INTERNADO EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

### IMPORTANTE

- EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN DEBE SER SUPERIOR A 24 HORAS.
- LA HOSPITALIZACIÓN Y EL ACCIDENTE DEBEN OCURRIR DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO

## 2. ASISTENCIAS

### 2.1. GASTOS MÉDICOS EN EL EXTERIOR POR ACCIDENTE EN VIAJE MENOR A 60 DÍAS

**¿QUÉ ME CUBRE?** UNA AYUDA MATERIAL, EN FORMA DE PRESTACIÓN ECONÓMICA O DE SERVICIOS, EN CASO DE QUE USTED SE ENCUENTRE EN **DIFICULTADES**, POR UN EVENTO ACCIDENTAL OCURRIDO EN UN VIAJE FUERA DE SU DOMICILIO HABITUAL. PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS COMUNÍQUESE CON NUESTRAS LÍNEAS DE ATENCIÓN (SIEMPRE MARCANDO LA OPCIÓN 5).

### IMPORTANTE

- LA COBERTURA DE LA ASISTENCIA SE LIMITA A MÁXIMO 60 DÍAS DE PERMANENCIA CONSECUTIVA FUERA DEL PAÍS.

## 3. EXCLUSIONES

### 3.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

- RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCIDO POR COMBUSTIÓN DE COMBUSTIBLE NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD, TÓXICO, EXPLOSIVO O CUALQUIER OTRA PROPIEDAD PELIGROSA DE UN EXPLOSIVO NUCLEAR O DE SUS COMPONENTES.
- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO CON LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO, ACTOS TERRORISTAS, CONMOCIONES CIVILES, ASONADAS, DISTURBIOS, GUERRA DECLARADA O NO CON OTRO PAÍS.
- SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO DENTRO DE LOS PRIMEROS SEIS (6) MESES DE VIGENCIA DEL SEGURO.

## 4. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

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

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

## 5. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

| 1                       | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 3                                                                                                                                                                               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Completa los documentos | Remita la documentación por los siguientes medios: <ul style="list-style-type: none"> <li>A través del correo electrónico <a href="mailto:atencionsiniestroscotiabank@cardif.com.co">atencionsiniestroscotiabank@cardif.com.co</a></li> <li>A través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3125104906.</li> </ul> | Una vez enviada la documentación completa Cardif Seguros Generales Colombia S.A. procederá a resolver la reclamación y te contactaremos para informarte 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.

## 6. ATENCIÓN AL 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](mailto:defensoriacardif@ustarizabogados.com)»
- Dirección física: Carrera 11a N° 96 - 51 oficina 203, Edificio Oficity, Bogotá, D.C., o en los teléfonos: 60(1) 6108161 y 60(1) 6108164. Horario de atención de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m. jornada continua.
- Página web <https://ustarizabogados.com>
- APP Defensoría Consumidor Financiero
- A través de nuestra página web <https://bnpparibascardif.com.co/> en el link defensor del consumidor financiero donde podrá conocer las funciones, trámites y procedimiento para la resolución de quejas por parte del defensor del consumidor financiero.

## 7. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, considere las siguientes definiciones:

|                              |                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Asegurado</b>             | Es la persona titular del interés objeto del seguro.                                                                                                                                                                   |
| <b>Beneficiario</b>          | Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.                                                                                                                                                 |
| <b>Carencia</b>              | 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.                                    |
| <b>Deducible</b>             | Valor que debe asumir el asegurado al momento de pagarse la indemnización.                                                                                                                                             |
| <b>Exclusiones</b>           | Son los eventos no amparados por el seguro.                                                                                                                                                                            |
| <b>Indemnización</b>         | Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.                                                                                                                                                           |
| <b>Prima</b>                 | Es el precio del seguro.                                                                                                                                                                                               |
| <b>Siniestro</b>             | Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.                                                                                                                                                                      |
| <b>SMDLV</b>                 | Salario Mínimo Diario Legal Vigente.                                                                                                                                                                                   |
| <b>SMMLV</b>                 | Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.                                                                                                                                                                                  |
| <b>Sublímites asegurados</b> | Valores que se reconocen por los eventos particulares incluidos dentro de las coberturas del seguro.                                                                                                                   |
| <b>Tomador</b>               | la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.                                                                                                                                               |
| <b>Valor Asegurado</b>       | 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. |

**CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. SE COMPLACE EN TENERLO A USTED COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA SATISFECHO CON LOS AMPAROS OFRECIDOS EN ESTE SEGURO.**

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