



**PÓLIZA DE SEGURO DE  
DESEMPLEO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.  
ASALARIADOS PLAN INTEGRAL PARA CRÉDITOS**

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

## **1. COBERTURAS**

### **1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO**

**¿Qué cubrimos?** Usted recibirá el pago del valor asegurado cuando pierda su trabajo y se encuentre en alguna de las situaciones descritas a continuación:

- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término Indefinido por más de 6 meses y es despedido sin justa causa.
- Si es empleado a través de un contrato de trabajo a término Fijo por más de 18 meses y el contrato finaliza antes del término inicialmente establecido y no exista justa causa en la terminación.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de contrato por obra o labor por más de 18 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el empleador.
- Si se encuentra vinculado bajo la modalidad de prestación de servicios por más de 18 meses consecutivos, y su contrato es terminado por el contratante.
- Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, que hayan sido vinculados por más de 18 meses consecutivos con el mismo empleador, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo.

**IMPORTANTE**

- Únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 31 desde el inicio de la vigencia de este seguro.
- Para los contratos a término Indefinido, se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando éste periodo no supere ocho (8) días hábiles,
- Para los contratos término fijo, obra o labor, prestación de servicios, cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad se tendrá en cuenta la continuidad laboral entre los contratos, siempre y cuando éste periodo entre contratos no supere quince (15) días hábiles y haya sido con el mismo empleador o contratante.

**¿Qué NO cubrimos bajo esta cobertura?**

<b>1</b>	Renuncia o Despido con justa causa	<b>2</b>	Vencimiento del contrato a término fijo
<b>3</b>	Terminación del contrato en el periodo de prueba	<b>4</b>	Contrato de trabajo fuera de Colombia
<b>5</b>	Suspensión del contrato de trabajo	<b>6</b>	Terminación laboral por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que haya pago alguno de bonificación o indemnización

### **1.2. ENFERMEDADES GRAVES**

**¿Qué ME cubre?** Usted recibirá el pago de su indemnización si le es diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia del seguro, alguna de las siguientes siete (7) Enfermedades Graves:



### 1.2.1. Cáncer

**¿Qué ME cubre?** El primer diagnóstico de cáncer maligno independiente de su localización o etapa.

**¿Qué NO me cubre?**

<b>1</b>	Cáncer de piel no Melanoma	<b>2</b>	Policitemia Vera, Trombocitemia esencial, condilomas planos, Displacías
----------	----------------------------	----------	---

### 1.2.2. Infarto Agudo del Miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón

**¿Qué NO cubre?**

<b>1</b>	Insuficiencia cardiaca, Lesión traumática al miocardio.	<b>2</b>	Miocarditis, Pericarditis.
<b>3</b>	Angina o angina inestable		

### 1.2.3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardiaca

**¿Qué NO cubre?**

<b>1</b>	Cateterismo cardiaco, cateterismo intraarterial, Tratamiento con rayo láser
----------	---

### 1.2.4. Accidente Cerebrovascular Isquémico y/o Hemorrágico

**¿Qué NO cubre?**

<b>1</b>	Lesión Cerebral Causada isquémica o hemorrágica por Un Traumatismo O Hipoxia	<b>2</b>	Ataques Isquémicos Transitorios (Ait), Vasculitis
----------	--	----------	---

### 1.2.5. Insuficiencia Renal Crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal

### 1.2.6. Esclerosis Múltiple

**¿Qué NO cubre?**

<b>1</b>	Lupus Eritematoso Sistémico.
----------	------------------------------

### 1.2.7. Trasplante de Órganos Mayores

**¿Qué ME cubre?** El trasplante de un órgano vital completo que usted se realice dentro de la vigencia de la póliza de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas.

**IMPORTANTE**

- Únicamente se cubren diagnósticos a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Las Enfermedades Graves y/o procedimientos deben ser diagnosticados y/o certificados por el médico de la EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada, Póliza de Salud, lo cuál podrá ser probado con la historia clínica y soporte del diagnóstico.

## 1.3. MUERTE ACCIDENTAL

**¿Qué ME cubre ?** Sus beneficiarios designados o en su defecto los de ley, recibirán el pago del valor asegurado en caso de que usted sufra una Muerte Accidental. (La muerte deberá ocurrir dentro de los 180 días siguientes de la ocurrencia del accidente).



## 1.4. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

**¿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 accidente debe ocurrir dentro de la vigencia del seguro

## 1.5. ECOSISTEMA DE SERVICIOS

Ponemos a su disposición una plataforma de servicios que le ayudarán a avanzar en su carrera laboral. Los servicios podrán ser prestados directamente o por terceros. El alcance, condiciones y disponibilidad de los mismos estará determinado por la aseguradora para el propósito mencionado. Para mayor información sobre los servicios comuníquese con nuestras líneas de atención al 742 3197 en Bogotá (Siempre marcando la opción 5).

# 2. EXCLUSIONES DE LA POLIZA

## 2.1. EXCLUSIONES APPLICABLES 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 a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, 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.
- Suicidio e intento de suicidio dentro de los primeros seis (6) meses de vigencia del seguro.
- Enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la vigencia del seguro

# 3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACION

Para realizar la reclamación a usted le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro, para lo cual podrá presentar la Fotocopia del documento de identidad (sólo beneficiarios), el Formulario de Declaración de Siniestros y los documentos mencionados a continuación u otros que usted considere pertinentes.



<b>DESEMPLEO INVOLUNTARIO</b>	<b>ENFERMEDADES GRAVES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>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 sobre fecha de inicio y terminación del Contrato.</li><li>Documento en el que conste la liquidación de salarios, prestaciones sociales y/o bonificación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Historia clínica, y en caso de cáncer los estudios patológicos que confirmen el diagnóstico.</li><li>Copia de los exámenes que comprueben el padecimiento de la enfermedad (biopsias, radiografías etc)</li></ul>
<b>MUERTE ACCIDENTAL</b>	<b>INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ACCIDENTAL</b>
<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></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>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</li></ul>

## **4. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACION**

**1**

Complete los documentos

**2**

Remita la documentación a través del correo electrónico [atencionsinestrosotiabank@cardif.com.co](mailto:atencionsinestrosotiabank@cardif.com.co) o a través de WhatsApp, escribiéndonos a la línea de atención 3125104906

**3**

Nos contactaremos con usted para informarle la resolución del caso.

**IMPORTANTE**

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. 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](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.



## **6. DEFINICIONES**

---

- **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.
- **Deductible:** Valor que debe asumir el asegurado al momento de pagarse la indemnización.
- **Exclusiones:** Son los eventos no amparados por el seguro.
- **Indemnización:** Es el valor que se reconoce por la ocurrencia del siniestro.
- **Prima:** Es el precio del seguro.
- **Siniestro:** Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
- **SMDLV:** Salario Mínimo Diario Legal Vigente.
- **SMMLV:** Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.
- **Sublímites asegurados:** Valores que se reconocen por los eventos particulares incluidos dentro de las coberturas del seguro.
- **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.

Firma Autorizada Cardif Colombia Seguros Generales S.A. NIT: 900.200.435-3

**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.**