



**BNP PARIBAS
CARDIF**

**PÓLIZA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES, VIDA GRUPO, INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE,
PAGO ADICIONAL DE LIBRE DESTINACIÓN, DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES Y DIAGNOSTICO
DE CÁNCER FEMENINO O CÁNCER DE PRÓSTATA**

ALTERNATIVA I- CUENTAS

HACE PARTE DE LA PÓLIZA No. 31-1801-00001

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 O EN LA GRABACIÓN TELEFÓNICA DE ÉSTE OBTENIDA, LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EL CONDICIONADO, LOS CUALES HACEN PARTE INTEGRANTE DEL PRESENTE SEGURO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGIRÁ POR LAS SIGUIENTES CLÁUSULAS Y CONDICIONES:

1. AMPAROS.

1.1. MUERTE ACCIDENTAL.

SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO OCURRE COMO CONSECUENCIA DE MUERTE ACCIDENTAL, CARDIF PAGARÁ AL (LOS) BENEFICIARIO (S) LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O SUS CONDICIONES AL (LOS) BENEFICIARIOS.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUceso IMPREVISTO, INVOLUNTARIO, REPENTINO Y/O FORTUITO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS 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.

SE INCLUYE HOMICIDIO Y TERRORISMO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE AL CÓNYUGE Y/O COMPAÑER(O)(A) PERMANENTE DEL ASEGURADO.

Código de Condicionado: 30/12/2025-1344-P-34-BACCC01801HAL007-0R00
Código de Nota Técnica: 30/12/2025-1344-NT-P-34-BACCC0000VHAL007

1.2. MUERTE NATURAL.

CARDIF PAGARÁ AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES EN CASO DE FALLECIMIENTO POR MUERTE NATURAL DE LA PERSONA ASEGURADA BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

SE INCLUYE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA) DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y SUICIDIO A PARTIR DEL SEGUNDO AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

ESTA COBERTURA SE EXTIENDE AL CÓNYUGE Y/O COMPAÑER(O)(A) PERMANENTE DEL ASEGURADO EN AQUELLAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE EL ASEGURADO OPTE POR LA ALTERNATIVA QUE BRINDE COBERTURA A SU CÓNYUGE.

1.3. PAGO ADICIONAL DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O NATURAL DEL ASEGURADO.

CARDIF PAGARÁ AL (LOS) BENEFICIARIO (S) DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA



**BNP PARIBAS
CARDIF**

EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES EN CASO DE FALLECIMIENTO POR MUERTE ACCIDENTAL O NATURAL DE UNA PERSONA ASEGURADA BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

SE INCLUYE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA), HOMICIDIO Y TERRORISMO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

ESTA COBERTURA SE EXTIENDE AL CÓNYUGE Y/O COMPAÑER(O)(A) PERMANENTE DEL ASEGURADO EN AQUELLAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE EL ASEGURADO OPTE POR LA ALTERNATIVA QUE BRINDE COBERTURA A SU CÓNYUGE.

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

1.4. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE.

CARDIF 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 UNA PERSONA ASEGURADA BAJO ESTE SEGURO SUFRE UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, ENTENDIENDOSE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR TODAS LAS OCUPACIONES O EMPLEOS REMUNERADOS PARA LOS CUALES SE ENCUENTRA RAZONABLEMENTE CALIFICADO EN RAZÓN DE SU EDUCACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA

SE INCLUYE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA), HOMICIDIO Y TERRORISMO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

ESTA COBERTURA SE EXTIENDE AL CÓNYUGE Y/O COMPAÑER(O)(A) PERMANENTE DEL ASEGURADO EN AQUELLAS CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE EL ASEGURADO OPTE POR LA ALTERNATIVA QUE BRINDE COBERTURA A SU CÓNYUGE.

1.5. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GRAVE.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS CONDICIONES EN CASO QUE AL ASEGURADO SE LE DIAGNOSTIQUE UNA ENFERMEDAD GRAVE.

ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE AL CÓNYUGE Y/O COMPAÑER(O)(A) PERMANENTE DEL ASEGURADO.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE SEGURO SE CUBRIRÁ EL DIAGNÓSTICO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES, CONFORME LA DEFINICIÓN QUE AQUÍ SE INDICA.

1) CÁNCER.

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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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.

2) 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 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 (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 QUE EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVOS MOVIMIENTOS ANORMALES

PERMANENTES DE LA PARED CARDIACA MOSTRADOS EN LAS IMÁGENES CARDIACAS 30 DÍAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO CORONARIO.

3) CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO.

ES LA CIRUGÍA DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS CON EL FIN DE CORREGIR SU ESTRECHAMIENTO O BLOQUEO, POR MEDIO DE UNA REVASCULARIZACIÓN BY-PASS, REALIZADA POSTERIORMENTE A LOS SÍNTOMAS DE ANGINA DE PECHO. SE EXCLUYE DE ESTA DEFINICIÓN, LA ANGIOPLASTÍA DE GLOBO Y OTRAS TÉCNICAS INVASIVAS QUE NO REQUIERAN CIRUGÍA.

4) ENFERMEDAD CEREBRO – VASCULAR.

LA EMBOLIA CEREBRAL ES DEFINIDA COMO UN INCIDENTE CEREBROVASCULAR QUE TIENE POR RESULTADO LA MUERTE IRREVERSIBLE DEL TEJIDO CEREBRAL DEBIDO A UNA HEMORRAGIA INTRACRANEAL, O DEBIDO A UN EMBOLISMO O TROMBOSIS EN UN VASO INTRACRANEAL. LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTA BAJO ESTA DEFINICIÓN.

LA ENFERMEDAD QUE CONSISTE EN LA SUSPENSIÓN BRUSCA Y VIOLENTA DE LAS FUNCIONES CEREBRALES FUNDAMENTALES, QUE PRODUCE SECUELAS NEUROLÓGICAS QUE DURAN MÁS DE VEINTICUATRO HORAS Y QUE SON DE NATURALEZA PERMANENTE. ESTO INCLUYE EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL, LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL O SUBARACNOIDEA, Y LA EMBOLIA DE UNA FUENTE EXTRACRANEAL. 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.

5) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

LA ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA, EN SU ETAPA FINAL, COMO EL ESTADO CRÓNICO E IRREVERSIBLE DEL FUNCIONAMIENTO DE AMBOS RIÑONES, COMO CONSECUENCIA DE LA CUAL SE HACE NECESARIO REGULARMENTE LA DIÁLISIS RENAL O EL TRASPLANTE RENAL.

LA INSUFICIENCIA TOTAL, CRÓNICA E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES O LA CONTINUA DIÁLISIS RENAL DEBERÁ SER INSTITUCIONALIZADA Y CONSIDERADA MÉDICAMENTE NECESARIA, POR UN NEFRÓLOGO CERTIFICADO.

LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

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 SEXTA DE LAS PRESENTES CONDICIONES.

6) TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES

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, RIÓN, 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 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.

7) ESCLEROSIS MULTIPLE

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 BASICAS 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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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 ESTE BENEFICIO SI EL PRIMER EPISODIO OCURRÍO ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA.

PARÁGRAFO 1: SÓLO SE TOMARÁN POR ENFERMEDADES GRAVES LAS LISTADAS EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

PARÁGRAFO 2: LA COBERTURA TIENE LA SIGUIENTE LIMITACIÓN:

- a) NO EXISTIRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO CUANDO EL RECLAMO SEA PRESENTADO A LA ASEGURADORA DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANECÍA DEFINIDA EN LAS PRESENTES CONDICIONES.

LA ENFERMEDAD DEBE ESTAR CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARL 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.

1.6. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO O CÁNCER DE PRÓSTATA.

1.6.1. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO O CÁNCER DE PRÓSTATA.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS CONDICIONES CUANDO EL ASEGURADO, A PARTIR DE PRUEBA, DEMUESTRE LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO POSITIVAMENTE DIAGNOSTICADO CON CONFIRMACIÓN HISTOLÓGICA CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO DESCONTROLADO DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN, ÚNICA Y EXCLUSIVA, DE LOS TEJIDOS DE SENOS, OVARIOS, ÚTERO Y CUELLO UTERINO.

ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE AL CÓNYUGE Y/O COMPAÑER(O)(A) PERMANENTE DEL ASEGURADO.

ESTA COBERTURA SE LIMITA A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER EN LAS PARTES DEL CUERPO ANTERIORMENTE CITADAS, DIAGNOSTICADA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER POSTERIOR A LA PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LA MISMA NO SERÁ CUBIERTA POR ESTE CONTRATO DE SEGURO.

EL DIAGNÓSTICO DEBE ESTAR SUSTENTADO EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

1.6.1.1. CÁNCER DE SENO.

ES LA MANIFESTACIÓN DEL RECUBRIMIENTO EPITELIAL DE LOS CONDUCTOS DE TAMAÑO GRANDE E INTERMEDIO (DUCTAL), O DEL EPITELIO DE LOS CONDUCTOS TERMINALES DE LOS LÓBULOS (LOBULAR) POR CÉLULAS CANCEROSAS.

PRUEBA: EVIDENCIA DE CÉLULAS MALIGNAS EN MATERIAL HISTOLÓGICO O CITOLÓGICO CON INVASIÓN NEOPLÁSICA DE TEJIDOS O ESTRUCTURAS

ADYACENTES DEMOSTRADA EN CIRUGÍA, ENDOSCOPIA, RADIOLOGÍA U OTRO MÉTODO DE IMÁGEN.

1.6.1.2. CÁNCER DE OVARIOS.

UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR SU CRECIMIENTO DESCONTROLADO Y LA PROLIFERACIÓN DE CÉLULAS MALIGNAS, LA INVASIÓN DE TEJIDOS MASIVA DENTRO DEL O DE LOS OVARIOS DE LA MUJER.

PRUEBA: EVIDENCIA DE CÉLULAS MALIGNAS EN MATERIAL HISTOLÓGICO O CITOLÓGICO CON INVASIÓN NEOPLÁSICA DE TEJIDOS O ESTRUCTURAS ADYACENTES DEMOSTRADA EN CIRUGÍA, ENDOSCOPIA, RADIOLOGÍA U OTRO MÉTODO DE IMÁGEN.

1.6.1.3. CÁNCER DE ÚTERO Y/O CUELLO UTERINO.

EL CÁNCER CÉRVIDO - UTERINO CONSISTE EN EL CRECIMIENTO LENTO DE CÉLULAS CANCEROSAS EN EL CUELLO UTERINO Y/O ÚTERO; EN DONDE LOS TEJIDOS NORMALES MANIFIESTAN CÉLULAS ANORMALES QUE POSTERIORMENTE COMENZARAN A CRECER Y DISEMINARSE EN EL CUELLO UTERINO Y/O ÚTERO ANEXOS Y ÁREAS CIRCUNDANTES.

ESTE CÁNCER TAMBIÉN ESTÁ CUBIERTO SI SE DA COMO CONSECUENCIA DE LA DISEMINACIÓN DE CÉLULAS MALIGNAS DERIVADOS DE UN CÁNCER DE VULVA O VAGINA.

PRUEBA: LA PRUEBA CORRESPONDERÁ CON EL ANTECEDENTE DEL HECHO QUE DIO ORIGEN Y CUYA DEFINICIÓN SE ENCUENTRA EN LA COBERTURA CORRESPONDIENTE. EVIDENCIA DE CÉLULAS MALIGNAS EN MATERIAL HISTOLÓGICO O CITOLÓGICO CON INVASIÓN NEOPLÁSICA DE TEJIDOS O ESTRUCTURAS ADYACENTES DEMOSTRADA EN CIRUGÍA, ENDOSCOPIA, RADIOLOGÍA U OTRO MÉTODO DE IMÁGEN

1.6.2. CÁNCER DE PRÓSTATA.

CARDIF PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O SUS CONDICIONES CUANDO ÉSTE SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ CON CÁNCER DE PRÓSTATA CLASIFICADO HISTOLOGICAMENTE EN UNA ESCALA GLEASON MAYOR A 6, O QUE HAYA PROGRESADO AL MENOS AL ESTADIO T2 N0 M0 DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM. ES DECIR, EN UN ESTADIO MÁS AVANZADO Y QUE REPRESENTA ESTUDIOS DE MAYOR SENSIBILIDAD, TECNOLOGÍA, ALTO COSTO AL IGUAL QUE SU TRATAMIENTO. ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE AL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO PERMANENTE DEL ASEGURADO.

2. EXCLUSIONES.

2.1. EXCLUSIONES DE LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL Y MUERTE NATURAL.

LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL Y MUERTE NATURAL ESTÁN SUJETOS A LAS EXCLUSIONES QUE SE ENUNCIAN A CONTINUACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, CARDIF NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL FALLECIMIENTO TENGA ORIGEN DIRECTO O INDIRECTO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. ENFERMEDAD INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE ENAJENACIÓN MENTAL.
2. ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO CON LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

- 3. ENFERMEDAD POR 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.
- 4. RIÑA, CUANDO EL ASEGURADO SEA EL PROVOCADOR, O ALBOROTOS POPULARES.
- 5. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DE GUERRA (INTERNA O EXTERNA, DECLARADA O NO) O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO.
- 6. ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA ASEGURADOS QUE SEAN MIEMBROS ACTIVOS DE LAS FUERZAS MILITARES Y/O DE POLICÍA.

2.2. EXCLUSIONES APPLICABLES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE.

LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE ESTÁ SUJETO A LAS EXCLUSIONES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN Y, EN CONSECUENCIA, CARDIF NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO Dicha INCAPACIDAD TENGA ORIGEN DIRECTO O INDIRECTO EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1. ACCIDENTES ORIGINADOS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN:
 - A. ACTOS DE GUERRA (INTERNA O EXTERNA, DECLARADA O NO) O ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO.
 - B. ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO CON LA LEY PENAL,

EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

- C. 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. 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.
- F. ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO. ESTA EXCLUSIÓN NO APLICA PARA ASEGURADOS QUE SEAN MIEMBROS ACTIVOS DE LAS FUERZAS MILITARES Y/O DE POLICÍA

2. LOS EVENTOS SIGUIENTES:

- A. ENFERMEDAD MENTAL DE CUALQUIER TIPO.
- B. ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE ACCIDENTAL.

2.3. EXCLUSIONES APLICABLES AL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD GRAVE.

CARDIF NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL VALOR ASEGURADO SI EL DIAGNÓSTICO REALIZADO TIENE RELACIÓN CON UNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES EXCLUIDAS:

1) CÁNCER.

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 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 EDICIÓN 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 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.

2) INFARTO AL MIOCARDIO.

LA INSUFICIENCIA CARDIACA, DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, ANGINA, ANGINA INESTABLE, MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO NO ESTÁN CUBIERTAS.

3) CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO.

LA ANGIOPLASTIA CON GLOBO. OTRAS TÉCNICAS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA. ESTÁN EXCLUIDOS LOS PROCEDIMIENTOS: LA ANGIOPLASTÍA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA (ACTP), CATETERISMO CARDIACO, TRATAMIENTO CON RAYO LÁSER, CUCHILLA ROTABLE, EL STENTING Y OTRAS TÉCNICAS DE CATETERISMOS INTRA-ARTERIALES. Y TAMBIÉN ESTA EXCLUIDA LA CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR LAPAROSCOPIA.

4) 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.

5) INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR NO SON CUBIERTAS.

6) TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES.

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

7) ESCLEROSIS MULTIPLE.

SE EXCLUYEN OTRAS CAUSAS DE DAÑO NEUROLÓGICO COMO LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO O INFECCIONES POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

8) CAUSALES ADICIONALES DE EXCLUSIÓN.

LA ASEGURADORA NO DEBERÁ PAGAR EL VALOR ASEGURADO SI LA ENFERMEDAD GRAVE HA SIDO CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DE:

- USO O ABUSO INTENCIONAL DE DROGAS O ALCOHOL.
- RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O
- CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA

VAPORES VENENOSOS.

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

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

- 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.

- CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- EN NINGÚN CASO LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PAGARÁ UNA

ENFERMEDAD QUE SEA CONSECUENCIA, COMPLICACIÓN O SECUELA DE UNA ENFERMEDAD 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.

2.4. EXCLUSIONES DE CÁNCER FEMENINO Y CÁNCER DE PRÓSTATA.

CARDIF NO SERÁ RESPONSABLE DE EFECTUAR PAGO ALGUNO POR LAS COBERTURAS DEL PRESENTE SI SE CONOCE DE CONDICIONES PREEXISTENTES RELACIONADAS CON LA DETECCIÓN DE ALGUNO DE LOS CÁNCERES CUBIERTOS POR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO Ó SI ALGUNO Ó ALGUNOS DE LOS CÁNCERES CUBIERTOS ESTÁN RELACIONADOS CON ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CAUSAS O CIRCUNSTANCIAS:

- A. 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 DEL CONTRATO DE SEGURO.
- B. TODAS LAS LESIONES 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, INCLuyendo, CARCINOMA-IN-SITU DE MAMA, DISPLASIA CERVICAL NIC-1, NIC -2 Y NIC -3.
- C. CUALQUIER CONDICIÓN DIRECTA O INDIRECTAMENTE RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), CONFORME CON LAS DEFINICIONES RECONOCIDAS PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- D. CÁNCERES CONSECUENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS, PSICOACTIVOS, ENERVANTES, ESTIMULANTES, SEDANTES, DEPRESIVOS, ANTIDEPRESIVOS Y PSICODÉLICOS, EXCEPTO CUANDO EL CONSUMO DE ÉSTOS SE ENCUENTRE DIRECTAMENTE RELACIONADO CON UNA PRESCRIPCIÓN MÉDICA AL RESPECTO.
- E. RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIACTIVIDAD DEL COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PROducido POR LA COMBUSTIÓN DE ÉSTE.
- F. LAS PROPIEDADES RADIOACTIVAS, TÓXICAS, EXPLOSivas O PELIGROSAS DE CUALQUIER MONTAJE NUCLEAR EXPLOSIVO O COMPONENTE NUCLEAR DEL MISMO.
- G. DIAGNÓSTICO MÉDICO PROFERIDO POR MÉDICO RELACIONADO CON EL ASEGURADO EN TERCER GRADO DE CONSANGUINIDAD Y SEGUNDO DE AFINIDAD.
- H. CUALQUIER PROCEDIMIENTO MÉDICO EJECUTADO POR PERSONAL SIN LICENCIA PARA TAL EFECTO.
- I. CUALQUIER MANIFESTACIÓN U OCURRENCIA DE CÁNCER

POSTERIOR A LA PRIMERA
MANIFESTACIÓN DE LA MISMA.

3. DEFINICIONES.

Asegurado	Es la persona titular del interés objeto del seguro.	Tomador	la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.
Beneficiario	Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.		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.
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.	Valor Asegurado	
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. Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza. Este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia. Lo anterior quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura.		
Periodo de carencia			
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.		



EL ASEGURADOR TENGA DERECHO PARA EXIGIRLAS.

4. VIGENCIA Y RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.

La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha en la cual el asegurado otorgue su consentimiento para adherirse al contrato de seguro celebrado entre Cardif y el Tomador, debiéndose en todo caso aplicar un periodo de carencia (periodo durante el cual no se tiene cobertura) de 30 días para Diagnóstico de Enfermedad Grave y Diagnóstico de Cáncer Femenino o Cáncer de Próstata. Esta vigencia será mensual o anual con renovación automática por un término igual al inicialmente pactado, en virtud de la autorización que otorgue para el efecto el asegurado, y se mantendrá hasta que el mismo 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.

La prima será mensual o anual y la misma corresponderá a un valor fijo de acuerdo con el plan contratado, y la cual en todo caso estará consignada en la póliza de seguro suscrita entre Cardif y el Tomador.

El pago de la prima será asumido por el asegurado, y para cuyos efectos el valor de ésta será incluido con cargo a la cuenta de ahorros y/o cuenta corriente, respectivamente del asegurado, de la cual ésta sea titular y otorgada por el Tomador. El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro o de cualquiera de sus renovaciones.

6. MORA EN EL DE PAGO DE LA PRIMA.

SALVO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1153 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO SIN QUE

7. VALOR Y AJUSTE DE PRIMAS.

El valor de la prima para cada persona asegurada será el señalado en el certificado individual de seguro. En todo caso, la Compañía de Seguros efectuará una revisión y análisis del valor de la prima de seguro cobrada al asegurado, en función del resultado técnico y el comportamiento de siniestralidad del producto de seguro adquirido y como resultado de lo cual, al amparo de las disposiciones normativas en materia de protección al consumidor financiero, se informará al asegurado de forma previa los cambios que llegaren a realizarse en el valor de la prima de seguro.

8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- Edad mínima de ingreso: 18 años.
- Edad máxima de ingreso: 64 años +364 días.
- Edad máxima de permanencia: 69 años + 364 días.

9. VALORES Y LÍMITES ASEGURADOS Y VALORES DE PRIMA.

Los valores asegurados son los que se indican a continuación y la prima de seguro será la señalada en la póliza de seguro y en el certificado individual de seguro que se le entregue al asegurado.

AMPARO	VALOR ASEGURADO/LÍMITE ASEGURADO		
	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Muerte Accidental	\$10.000.00 0.oo	\$20.000.000.oo	\$30.000.000.oo
Muerte Natural (*)	\$5.000.000. oo	\$10.000.000.oo	\$15.000.000.oo
Pago adicional de libre destinción por muerte accidental o natural del asegurado(*)	\$500.000.oo	\$500.000.oo	\$500.000.oo

Incapacidad Total Permanente (*)	\$5.000.000. oo	\$10.000.000.oo	\$15.000.000.o o
Diagnóstico de Enfermedad Grave	\$5.000.000. oo	\$10.000.000.oo	\$15.000.000.o o
Diagnóstico de Cáncer Femenino o Cáncer de Próstata	\$2.000.000. oo	\$2.000.000.oo	\$2.000.000.oo

(*) Nota: Estas coberturas se extienden al cónyuge y/o compañero permanente del asegurado en aquellas circunstancias en las que el asegurado opte por la alternativa que brinde cobertura a su cónyuge.

10. PERÍODO DE CARENCIA.

Para las coberturas de diagnóstico de enfermedad grave y diagnóstico de cáncer femenino o cáncer de próstata (según corresponda): se establece un periodo de carencia de 30 días.

Para las demás coberturas: no se establece periodo de carencia alguno.

11. PERÍODO DE ESPERA.

Para todas las coberturas: no se establece periodo de espera alguno.

12. NÚMERO DE EVENTOS A INDEMNIZAR.

- Para las coberturas de Muerte Accidental, Muerte Natural, e Incapacidad Total Permanente y Pago Adicional de Libre Destinación por Muerte Accidental o Muerte Natural: Se indemnizará un único evento durante la vigencia del contrato de seguro suscrito entre Cardif y el Tomador.
- Para el diagnóstico de enfermedad grave: Se indemnizará el primer diagnóstico de cada una de las

enfermedades graves aquí cubiertas, siempre y cuando el diagnóstico de dicha enfermedad grave no sea consecuencia de un evento ya indemnizado o preexistente al momento de inicio de la vigencia de la cobertura del contrato de seguro.

- Para diagnóstico de cáncer femenino o cáncer de próstata: Se indemnizará la primera detección de cada uno de los tipos de cáncer cubiertos, durante la vigencia del contrato de seguro suscrito entre Cardif y el Tomador, sin que se indemnice un diagnóstico ya repetido o enfermedad preexistente que padezca el asegurado al momento de inicio de vigencia del seguro.

13. CONDICIONES DE INDEMNIZACIÓN.

- Para las coberturas de Muerte Accidental, Muerte Natural y Pago Adicional de Libre Destinación por Muerte Accidental o Natural 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 los beneficiarios de ley.

- Para las coberturas de Incapacidad Total Permanente (*) y Diagnóstico de Enfermedad Grave y Diagnóstico de Cáncer Femenino y Cáncer de Próstata: el valor de la indemnización a pagar corresponderá al 100% del valor asegurado, el cual será reconocido a favor del asegurado.

(*) Nota: Estas coberturas se extienden al cónyuge y/o compañero permanente del asegurado en aquellas circunstancias en las que el asegurado opte por la alternativa que brinde cobertura a su cónyuge.

14. TERMINACIÓN.

Los certificados individuales de seguro que se adhirieron al contrato de seguro, consignado en la presente póliza, se darán por terminado por las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.

2. Revocación unilateral, mediante noticia escrita, de parte del tomador.
3. Muerte del asegurado o muerte del asegurado y del cónyuge de éste, cuando el asegurado opte por la alternativa que brinda cobertura a su cónyuge.
4. Incapacidad Total y Permanente del asegurado o incapacidad total y permanente del asegurado y del cónyuge de éste, cuando el asegurado opte por la alternativa que brinda cobertura a su cónyuge.
5. Terminación de la póliza matriz No. 31-1801-00001 o aquella(s) que la(s) reemplace o adicione.

15. REVOCACIÓN UNILATERAL.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador, sin sanción y/o condición de carácter alguno.

El asegurador no podrá, en ningún caso, revocar unilateralmente el contrato de seguro.

16. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

16.1. Para Muerte Accidental y Muerte Natural.

Al amparo de lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al asegurado/beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. No obstante lo anterior, se sugiere que en caso de presentarse un siniestro por muerte accidental o muerte natural del asegurado, se alleguen los siguientes documentos sin que se constituyan los únicos por medio de los cuales se puede probar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida:

1. Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el (los) beneficiario(s).
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Fotocopia ampliada al 150% del documento o prueba de identidad del beneficiario.

4. Registro Civil o notarial de defunción.
5. Necropsia.
6. Historia Clínica completa o epicrisis.
7. En caso de muerte presunta se adjuntará copia de la sentencia debidamente ejecutoriada donde se indique la presunta fecha de muerte.

16.2. Para Incapacidad Total Permanente.

Al amparo de lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al asegurado/beneficiario 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 permanente del asegurado, se alleguen los siguientes documentos sin que se constituyan los únicos por medio de los cuales se puede probar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida:

1. Formulario de declaración de siniestros debidamente diligenciado y firmado por el beneficiario.
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Dictamen de invalidez expedido por la ARL o Junta de Calificación, en el que conste causa de la invalidez, porcentaje de invalidez y descripción de disminución.

16.3. Para Diagnóstico de Enfermedad Grave.

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 diagnóstico de enfermedad grave del asegurado, se alleguen los siguientes documentos sin que se constituyan los únicos por medio de los cuales se puede probar la ocurrencia del siniestro:

1. Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
2. Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
3. Original o copia del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad,

expedidos por el médico de la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional. El médico o especialista que emita el dictamen no podrá ser familiar en tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad del asegurado.

4. Original o copia de los exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

16.4. Diagnóstico de Cáncer Femenino (Cáncer de Seno, Cáncer de Ovarios, Cáncer de Útero y/o Cuello Uterino) o Cáncer de Próstata.

Al amparo de lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al asegurado/beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. No obstante lo anterior, se sugiere que en caso de presentarse un siniestro por Detección de Cáncer, el asegurado deberá allegar los siguientes documentos, sin que se constituyan los únicos por medio de los cuales se puede probar la ocurrencia y la cuantía de la pérdida:

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Alguno de los siguientes exámenes
 - Marcadores tumorales.
 - Mamografía de seno, ecografías u otras imágenes diagnósticas compatibles con presencia de cáncer o metástasis.
 - Resultado de estudios anatopatológicos ó histológicos del tejido correspondiente (seno, ovario, útero, cérvix uterino, próstata) tomado mediante biopsia, BACAF o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.

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.

17. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O 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 represente 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.

18. FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Cardif estará obligada 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.

19. 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 represente, 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.

20. 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.

21. DOMICILIO Y NOTIFICACIONES.

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza, en la República de Colombia.

22. 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>

APP Defensoría ConsumidorFinanciero

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.



23. LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

- Fijo Nacional 7423195

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. M." or a similar name, positioned above a horizontal line.

Asegurador

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A

Código de Condicionado: 30/12/2025-1344-P-34-BACCCO1801HAL007-0R00
Código de Nota Técnica: 30/12/2025-1344-NT-P-34-BACCCOOOVHAL007