

**PÓLIZA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y  
ENFERMEDADES GRAVES  
CONDICIONES PARTICULARES**

**BANCO AGRARIO DE COLOMBIA S.A.**

**1. COBERTURAS**

**1.1. MUERTE ACCIDENTAL**

Sus beneficiarios recibirán el pago de la indemnización en caso de muerte accidental

**Importante:** Se cubrirá la muerte que ocurra 180 días después de la ocurrencia del accidente.

**1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

**¿Qué me cubre?** Usted recibirá el pago de su indemnización si como consecuencia de un accidente o enfermedad corporal queda incapacitado total y temporalmente e inhabilitado para ejercer cualquier trabajo o labor profesional, sin perjuicio de que éste le genere un ingreso.

Son condiciones indispensables para la operancia de este amparo que:

- a) El asegurado se encuentre al día en el pago de las cuotas del crédito no presentando mora, en los mismos, al momento de ocurrencia del siniestro.
- b) La incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado o un médico especialista en medicina ocupacional o medico afiliado a la medicina prepagada del asegurado o médico afiliado al régimen de salud subsidiado.
- c) Que la incapacidad tenga una duración igual o superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada por el asegurado.
- d) Que el asegurado sea trabajador independiente o estudiante, ama de casa, microempresario, pensionado, trabajador con contrato de prestación de servicios, o vinculado a través de una empresa de servicios temporales.
- e) Que la incapacidad ocurre dentro de la vigencia del presente seguro.

Para el pago de la indemnización por incapacidad total temporal se aplicará la

Siguiente tabla:

Días de incapacidad total temporal por días de incapacidad certificada	N° 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

**Código Nota Técnica:** 30/12/2025-1344-NT-P-35-BACCLIOOVHAL002  
**Código Condicionado:** 30/12/2025-1344-P-35-BACCLI1812HAL002-OR00

Días de incapacidad total temporal por certificados	N° de pagos a aplicar
15 - 34 días calendario consecutivos	1
35 - 54 días calendario consecutivos	2
55 - 74 días calendario consecutivos	3
75 - 94 días calendario consecutivos	4
95 - 114 días calendario consecutivos	5
115 - 134 días calendario consecutivos	6
135 - 154 días calendario consecutivos	7
155 - 174 días calendario consecutivos	8
175 o más días calendario consecutivos	9

### 1.3. 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 Enfermedades Graves

**1) Cáncer:** 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.

Esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer, cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a Cardif colombia seguros generales s.a. por este concepto no será cubierta por este seguro.

Se entiende por cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios; incluye entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia 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, el diagnóstico deberá ser otorgado 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.

**2) Infarto del miocardio:** 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 (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 cardíaca isquémica.

**Código Nota Técnica:** 30/12/2025-1344-NT-P-35-BACCLIOOVHAL002

**Código Condicionado:** 30/12/2025-1344-P-35-BACCL1812HAL002-OR00

- 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.

**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 angioplastia 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 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.

**5) Insuficiencia renal crónica:** La enfermedad que se presenta en 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.

**6) Trasplante de órganos 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, 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 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 múltiple:** Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad demielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado evidenciadas por sintoma típico 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 la que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal manifestada por parálisis parcial o completo, parestesia, y/o neuritis óptica. Se caracteriza más allá por episodios de exacerbación o remisión. El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos y el análisis del líquido cerebroespinal; un episodio anterior o un episodio único de esclerosis múltiple no será una esclerosis múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso la compañía pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha de inicio de vigencia del certificado individual de seguro.

**Nota:**

i) sólo se tomarán por enfermedades graves las listadas en la presente cláusula. ii) 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 permanencia definida en las presentes condiciones particulares.

b) La enfermedad debe estar certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado, o por un médico afiliado al régimen subsidiado de salud.

## **2. EXCLUSIONES**

### **2.1. EXCLUSIONES GENERALES**

Los siguientes eventos serán considerados como exclusiones en las coberturas de muerte accidental e incapacidad total temporal:

- Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe el asegurado.
- Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero de una aerolínea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.
- Viajes en aerolíneas privadas sin plan de vuelo.
- Pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
- Práctica profesional de deportes de alto riesgo que involucren el uso de equipos requeridos para la ejecución del mismo.
- 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.
- Cualquier enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión o desordenes nerviosos.
- Enfermedades por 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, aun cuando se cometa en estado de incapacidad mental

- 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.
- 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.
- No se incluyen bajo esta cobertura los miembros activos de las fuerzas militares, policía nacional, ni funcionarios del inpec que conformen el cuerpo de custodio y vigilancia.
- Accidentes ocurridos con antelación al inicio de vigencia del contrato de seguro o sus secuelas.
- La muerte a causa del suicidio o cualquier intento del mismo, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- 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.
- 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.
- Cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.
- Cualquiera de las siguientes enfermedades que hayan sido diagnosticadas con anterioridad a la vigencia del presente seguro: cáncer o neoplasias malignas de cualquier tipo, infartos en el miocardio, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, esclerosis múltiple, trasplante de órganos mayores, cirugía de bypass aorto coronario.

## 2.2 EXCLUSIONES ENFERMEDADES GRAVES

- **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, virus del papiloma humano, condilomas planos, displasia cervical NIC I NIC II y NIC III. 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 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 un 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.

- **Infarto del miocardio:** La insuficiencia cardiaca dolor torácico no cardiaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no están cubiertas.

Código Nota Técnica: 30/12/2025-1344-NT-P-35-BACCLIOOVHAL002

Código Condicionado: 30/12/2025-1344-P-35-BACCL1812HAL002-OR00

- **Cirugía de bypass coronario:** La angioplastia con globo, otras técnicas que no requieren cirugía. Están excluidos los procedimientos de: La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardíaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotatoria, el Stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales y también está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

- **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.

- **Insuficiencia renal crónica:** La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular no son cubiertas.

- **Trasplante de órganos 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.

- **Esclerosis múltiple:** Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

### 3. 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 inflingidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- Uso o abuso intencional de drogas o alcohol.
- Radiación, reacción atómica 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 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.
- Riñas o alborotos populares en lo 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 rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- 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.

Código Nota Técnica: 30/12/2025-1344-NT-P-35-BACCLIOOVHAL002

Código Condicionado: 30/12/2025-1344-P-35-BACCL1812HAL002-OR00



- Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que exprese 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, bunjee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza.
- Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- 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 diagnosticada con anterioridad 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.

## 2.3 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: i) Licencias de maternidad o paternidad

### 3. 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>Periodo de carencia</b>	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.
<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.

Código Nota Técnica: 30/12/2025-1344-NT-P-35-BACCLIOOVHAL002

Código Condicionado: 30/12/2025-1344-P-35-BACCL1812HAL002-OR00

#### 4. VALOR DE LA PRIMA, FORMA DE PAGO, VALORES ASEGURADOS Y LÍMITES DE EVENTOS A INDEMNIZAR.

##### 4.1. VALOR DE LA PRIMA.

El valor de la prima será el señalado en las condiciones particulares y/o certificado individual de seguro. La compañía podrá modificar el valor de la prima dependiendo del resultado técnico y del comportamiento de siniestralidad del programa en cada vigencia anual o mensual del mismo, previo aviso anticipado al tomador y al asegurado, de conformidad con las disposiciones y condiciones fijadas en la ley.

El valor de la prima dependerá del plan elegido por el asegurado y corresponderá a la multiplicación del número de meses del crédito por el valor del plan escogido de acuerdo con siguiente la tabla:

Alternativa I: 6 pagos

VALOR DE LA PRIMA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
	\$ 11.400	\$ 18.300	\$ 24.500

Alternativa II: 9 pagos

VALOR DE LA PRIMA	PLAN 4	PLAN 5	PLAN 6
	\$ 12.800	\$ 21.100	\$ 28.600

**Importante:** La prima se incrementará al momento de la renovación anual de la póliza en el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el cierre del año calendario inmediatamente anterior.

##### 4.2. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

El pago de la prima será asumido por el asegurado, y estará cargado al crédito al momento del desembolso o en el cobro del mes siguiente en el evento en que el seguro se haya suscrito con posterioridad al desembolso del crédito.

##### 4.3. VALORES ASEGURADOS



Alternativa I: 6 pagos

COBERTURA	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3
Muerte Accidental	Reconocimiento a los beneficiarios designados de un valor único de \$ 10,000,000 en caso de fallecimiento accidental del titular del crédito.	Reconocimiento a los beneficiarios designados de un valor único de \$ 20,000,000 en caso de fallecimiento accidental del titular del crédito.	Reconocimiento a los beneficiarios designados de un valor único de \$ 30,000,000 en caso de fallecimiento accidental del titular del crédito.
Incapacidad Total Temporal	6 abonos para el titular del crédito de \$250,000 c/u.	6 abonos para el titular del crédito de \$500,000 c/u.	6 abonos para el titular del crédito de \$700,000 c/u.
	6 abonos de \$250,000 c/u para pago de la cuota de crédito. El remanente se abonará al titular.	6 abonos de \$500,000 c/u para pago de la cuota de crédito. El remanente se abonará al titular.	6 abonos de \$700,000 c/u para pago de la cuota de crédito. El remanente se abonará al titular.
Enfermedades Graves	6 abonos de \$250,000 pagaderos al titular del crédito.	6 abonos de \$500,000 pagaderas al titular del crédito.	6 abonos de \$700,000 pagaderos al titular del crédito.
	6 abonos	6 abonos	6 abonos hasta

	\$250,000 c/u para pago de la cuota del crédito. El remanente se abonará al titular.	\$500,000 c/u para pago de la cuota del crédito. El remanente se abonará al titular.	\$700,000 c/u para pago de la cuota del crédito. El remanente se abonará al titular.
--	--	--	--

Alternativa II: 9 pagos

Cobertura	Plan 4	Plan 5	Plan 6
Muerte accidental	Reconocimiento a los beneficiarios designados de un valor único de \$ 10,000,000 en caso de fallecimiento accidental del titular del crédito.	Reconocimiento a los beneficiarios designados de un valor único de \$ 20,000,000 en caso de fallecimiento accidental del titular del crédito.	Reconocimiento a los beneficiarios designados de un valor único de \$ 30,000,000 en caso de fallecimiento accidental del titular del crédito.
Incapacidad Total Temporal	9 abonos para el titular del crédito de \$250,000 c/u.	9 abonos para el titular del crédito de \$500,000 c/u.	9 abonos para el titular del crédito de \$700,000 c/u.
	9 abonos de \$250,000 c/u para pago de la cuota de crédito. El remanente se abonará al titular.	9 abonos de \$500,000 c/u para pago de la cuota de crédito. El remanente se abonará al titular.	9 abonos de \$700,000 c/u para pago de la cuota de crédito. El remanente se abonará al titular.

Enfermedades graves	9 abonos de \$250,000 pagaderos al titular del crédito.	9 abonos de \$500,000 pagaderas al titular del crédito.	9 abonos de \$700,000 pagaderos al titular del crédito.
	9 abonos \$250,000 c/u para pago de la cuota del crédito. El remanente se abonará al titular.	9 abonos \$500,000 c/u para pago de la cuota del crédito. El remanente se abonará al titular.	9 abonos hasta \$700,000 c/u para pago de la cuota del crédito. El remanente se abonará al titular.

El pago de la indemnización se realizará de la siguiente forma, exceptuando los pagos que se realicen con ocasión a la muerte accidental del asegurado:

- 50% del valor a indemnizar de acuerdo con la tabla de valores del plan escogido, se pagará directamente al asegurado.
- 50% del valor a indemnizar de acuerdo con la tabla de valores del plan escogido será pagado, de acuerdo con la autorización que para el efecto otorga el asegurado, al tomador como abono al saldo insoluto de las obligaciones que el asegurado tenga con este hasta la solución o pago total de dichas obligaciones, si una vez realizado el pago al tomador hubiera un monto remanente o en exceso, dicho monto remanente o en exceso se pagará al asegurado directamente.
- Para el amparo de muerte accidental se entienden como beneficiarios las personas que el asegurado designe en su certificado individual de seguro.
- Para aquellos casos cuyos beneficiarios no han sido designados o su designación no resulte ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa se entenderán como beneficiarios el conyuge o compañero(a) permanente solo en el cincuenta por ciento (50%) del valor a indemnizar, los herederos del asegurado suceden proporcionalmente el cincuenta por ciento (50%) restante, o el cien por ciento (100%) si no hay conyuge o compañero(a) permanente, y en los demás casos se deberá indemnizar de conformidad con los órdenes sucesorales establecidos en el código civil colombiano.

#### 4.3. LIMITES DE EVENTOS A INDEMNIZAR

**MUERTE ACCIDENTAL:** Un único evento

**INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL:** Se indemnizará un número ilimitado de eventos durante la vigencia del seguro, de conformidad con la tabla de días de incapacidad especificada en el presente condicionado particular.

**ENFERMEDADES GRAVES:** Se indemnizará por una única vez el primer diagnóstico de cada una de las coberturas contratadas, con un máximo de siete (7) coberturas, sin que se

indemnice un diagnóstico ya repetido o enfermedad que padezca el asegurado al momento de inicio de vigencia del seguro.

## 5. SUJETOS ASEGURABLES.

Sin perjuicio del contenido en las coberturas consignadas en el presente seguro, serán sujetos asegurables las personas que se encuentren en la condición de trabajadores independientes.

## 6. RECAUDO DE LA PRIMA.

Prevía autorización expresa por parte del asegurado, el recaudo de la prima sólo se efectuará con cargo a los productos y/o servicios financieros del tomador de los cuales sea titular el asegurado.

### 6.1 VIGENCIA

El seguro entrará en vigencia a partir de la fecha en la cual el asegurado ("usted") manifieste su intención de contratarlo y realice la suscripción de la respectiva solicitud de seguro y pago de la prima.

## 7. MORA.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados.

Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes.

## 8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

Para todos los amparos:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 64 años + 364 días.
- Edad máxima de permanencia: 69 años + 364 días (excepto si el crédito continua vigente)

## 9. PERÍODO DE CARENIA.

Para las coberturas que hacen parte integral de la póliza, se establece el siguiente periodo de carencia:

- Muerte accidental: no se establece periodo de carencia.
- Incapacidad total temporal: sesenta días (60) días.
- Enfermedades graves: noventa (90) días.

## 10. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO.

Período mínimo de tiempo durante el cual el asegurado tiene la posibilidad de presentar una reclamación que afecte las coberturas consignadas en la presente póliza de seguro.

- Incapacidad total temporal: se establece un periodo activo de 90 días.

## 11. RECAÍDA.

Para Incapacidad Total Temporal: Si un asegurado presenta una nueva incapacidad de más de 15 días dentro de los 60 días siguientes a la primera incapacidad reportada, ésta se tomará como parte del primer evento y en consecuencia, se acumularán los pagos generados antes de la recaída y las 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 al pago de los valores asegurados de acuerdo con el plan seleccionado.

## 12. TERMINACIÓN.

El contrato de seguro se dará por terminados por las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en la póliza.
3. Cancelación del o los productos financieros seleccionados para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita de parte del asegurado.
5. Muerte del asegurado.
6. Revocación unilateral mediante noticia escrita a la aseguradora por parte del tomador con un plazo de antelación no menor a ciento veinte (120) días

## 14. REVOCACIÓN.

En caso de que el asegurado, al amparo de lo consagrado en el artículo 1071 del código de comercio, proceda a solicitar ante Cardif Colombia Seguros Generales S.A., la revocación unilateral del contrato de seguro, la devolución de prima no devengada a ser reconocida a favor del asegurado, se efectuará conforme a la siguiente metodología:

La revocación dará derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo entre las partes.

## 15. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

De conformidad con 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 el asegurado allegue los siguientes documentos sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar la ocurrencia y cuantía del siniestro:

### I. Para el amparo de Muerte Accidental

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Copia del registro de defunción o documento que haga sus veces donde conste la causa de la muerte del asegurado.
- Necropsia o croquis del accidente, o acta de levantamiento de cadáver o certificado de la fiscalía, siempre y cuando en dicho documento se encuentre consignada la causa de la muerte.

II. Para Incapacidad Total Temporal:

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por un período igual o superior a 15 días corrientes, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL, médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.

III. Para Enfermedades Graves.

- Formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado o su apoderado.
- Fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado.
- Certificados y exámenes médicos, en original o en copia, del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico afiliado a la EPS o ARL o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina prepagada del asegurado.
- Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías, etc.)

## 16. 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 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.

## 17. LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

- Fijo Nacional **7423195**



---

Asegurador

**CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A**

Código Nota Técnica: 30/12/2025-1344-NT-P-35-BACCLIOOVHAL002

Código Condicionado: 30/12/2025-1344-P-35-BACCL1812HAL002-0R00