



**PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ENFERMEDADES GRAVES
CONDICIONES**

**NO. CONSECUITIVO
00000001**

DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES EFECTUADAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO SUSCRITA POR EL ASEGURADO, EL CONTENIDO DE ESTAS CONDICIONES, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. Y EL TOMADOR HAN CONVENIDO CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGIRÁ POR LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

NÚMERO DE PÓLIZA: PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO EL NÚMERO DE PÓLIZA CORRESPONDERÁ AL NÚMERO DE CÉDULA DEL ASEGURADO CONSIGNADO EN EL CAMPO NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE CRÉDITO OTORGADO POR BANCO FINANDINA S.A. PRECEDIDO POR EL NUMERO DEL CREDITO (XXXX) Y POR EL CÓDIGO QUE UTILIZA CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES PARA IDENTIFICAR A BANCO FINANDINA S.A.

1. COBERTURAS.

1.1 DESEMPLO INVOLUNTARIO.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LAS CONDICIONES EN CASO DE QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, SEA DESPEDIDO SIN JUSTA CAUSA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO AL RESPECTO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA.

SON CONDICIONES INDISPENSABLES Y CONCURRENTES PARA LA OPERANCIA DE ESTE AMPARO QUE:

A) EL ASEGURADO TENGA UN CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO INDEFINIDO O A TÉRMINO FIJO.

B) EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AL DÍA EN EL PAGO DE LAS CUOTAS DEL CRÉDITO NO PRESENTANDO MORA, EN EL MISMO, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

C) EL ASEGURADO LLEVE MÁS DE 6 MESES CONTINUOS TRABAJANDO. PARA CONSIDERAR ESTE TIEMPO, SE TENDRÁ EN CUENTA LA CONTINUIDAD LABORAL ENTRE DOS EMPLEOS, SIEMPRE Y CUANDO ENTRE LA CONSECUCIÓN DE UNO Y OTRO NO EXISTA UNA DIFERENCIA

SUPERIOR A OCHO (8) DÍAS HÁBILES.

D) EL AMPARO SOLAMENTE OPERA MIENTRAS EL ASEGURADO PERMANEZA EN ESTADO DE DESEMPLO, AL FINALIZAR ESTAS CONDICIONES FINALIZA ESTA COBERTURA

ADICIONALMENTE SE CUBRE:

- TODO DESPIDO NEGOCIADO, EN DONDE SE CERTIFIQUE MEDIANTE LA LIQUIDACIÓN DEL TRABAJADOR, EL PAGO DE BONIFICACIÓN POR CUALQUIER VALOR ADICIONAL A LA LIQUIDACIÓN DE LEY
- PERSONAS VINCULADAS A COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO O EMPRESAS DE SERVICIOS TEMPORALES CUYO RETIRO NO HAYA SIDO GENERADO POR EL ASEGURADO.
- FUERZAS MILITARES.
- EMPLEADOS PÚBLICOS EN CARRERA ADMINISTRATIVA.
- CONTRATOS POR OBRA O LABOR CONTRATADA POR MÁS DE 12 MESES CONSECUTIVOS, DONDE EXISTA UNA INDEMNIZACIÓN O BONIFICACIÓN AL MOMENTO DEL DESPIDO O DE LA RENUNCIA NEGOCIADA.



- EMPLEADOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN, CUYO RETIRO NO HAYA SIDO GENERADO POR EL ASEGURADO, Y SE ENCUENTRE CONTENIDO EN UN ACTO ADMINISTRATIVO.
- DESPIDO MASIVO CON O SIN AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.
- TERMINACIÓN DEL CONTRATO A TÉRMINO FIJO ANTES DEL TÉRMINO INICIALMENTE ESTABLECIDO, SIEMPRE Y CUANDO ESTÁ TERMINACIÓN NO DEPENDE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO Y NO EXISTA JUSTA CAUSA EN LA TERMINACIÓN.

1.2 RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLÉO INVOLUNTARIO.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO UNA RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN EL EVENTO EN QUE EL ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, ES DESPEDIDO SIN JUSTA CAUSA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEGISLACIÓN LABORAL COLOMBIANA.

EL VALOR ASEGURADO CONTENIDO EN ESTE AMPARO SERÁ RECONOCIDO SI EL BENEFICIARIO DEL SEGURO OBTIENE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE AL AMPARO DE DESEMPLÉO INVOLUNTARIO.

1.3 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LAS CONDICIONES, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CORPORAL UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO 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 Y CONCURRENTES 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 EL MISMO, AL MOMENTO DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.
- B) LA INCAPACIDAD ESTÉ DEBIDAMENTE CERTIFICADA POR UN MÉDICO ADSCRITO A LA EPS O ARP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO EL ASEGURADO O UN MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL.
- C) QUE LA INCAPACIDAD TENGA UNA DURACIÓN SUPERIOR A QUINCE (15) DÍAS CORRIENTES CONTINUOS Y NO HAYA SIDO CAUSADA POR EL ASEGURADO.
- D) QUE EL ASEGURADO SEA TRABAJADOR INDEPENDIENTE O ESTUDIANTE O AMA DE CASA O MICROEMPRESARIO O RENTISTA DE CAPITAL O EMPLEADOS CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL Y CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS O PENSIONADO.
- E) NO APlica PARA EMPLEADOS DEPENDIENTES CON CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FIJO O TÉRMINO INDEFINIDO.

PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL SE APLICARÁ LA SIGUIENTE TABLA:

DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE PAGOS A APLICAR
15 – 44 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1
45 – 79 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2
80 – 109 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3
110 -139 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4
140 -174 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	5
175 – O MÁS DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	6

1.4 RENTA POR LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL



CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO UNA RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CORPORAL UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO QUEDA INCAPACITADO TOTAL Y TEMPORALMENTE E INHABILITADO PARA EJERCER CUALQUIER TRABAJO O LABOR PROFESIONAL, SIN PERJUICIO DE QUE ÉSTE LE GENERE UN INGRESO.

EL VALOR ASEGURADO CONTENIDO EN ESTE AMPARO SERÁ RECONOCIDO SI EL BENEFICIARIO DEL SEGURO OBTIENE LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

1.5 ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PAGARÁ AL BENEFICIARIO DEL SEGURO LA SUMA ASEGURADA EXPRESAMENTE INDICADA EN LAS CONDICIONES EN CASO DE QUE UN ASEGURADO CUBIERTO POR EL PRESENTE SEGURO, SEA DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ CON CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES O CONDICIONES PARA CADA UNA DE ELLAS:

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.

CABE SEÑALAR QUE 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.

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 Y DOS (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 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 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 TRANSPLANTE 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) TRANSPLANTE DE ORGANOS MAYORES

PARA LOS EFECTOS DE ESTA COBERTURA SE ENTIENDE POR TRANSPLANTE 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 TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA SE ENTIENDE LA RECEPCIÓN DE UN TRANSPLANTE 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 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 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 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: PARA EFECTOS DE ESTE PRODUCTO SE ENTIENDE COMO ENFERMEDADES

GRAVES LAS SIGUIENTES:

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 LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: INFARTO AL MIOCARDIO Y ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR, EL DIAGNÓSTICO DEBE SER INEQUÍVOCO Y RESPALDADO POR UNA HOSPITALIZACIÓN CUYO REGISTRO INDIQUE UNA LESIÓN CEREBRAL DE TIPO VASCULAR O EL INFARTO, DENTRO DE UN PLAZO DE SETENTA Y DOS HORAS (72) ANTES DE Dicha HOSPITALIZACIÓN.

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.

2. EXCLUSIONES GENERALES.

DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO CON OCASIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO:

A) CUANDO EL CONTRATO DE TRABAJO DEL ASEGURADO TERMINE POR CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- DECISIÓN UNILATERAL DEL TRABAJADOR.
- POR DESPIDO CON JUSTA CAUSA.
- POR MUERTE DEL TRABAJADOR.



- POR MUTUO CONSENTIMIENTO ENTRE EL TRABAJADOR Y EL EMPLEADOR SIN QUE SE EFECTÚE PAGO ALGUNO DE BONIFICACIÓN O SUMA ALGUNA, POR DECISIÓN DE PARTE DEL EMPLEADOR.
- POR EXPIRACIÓN DEL TÉRMINO ESTIPULADO EN LOS CONTRATOS A TÉRMINO FIJO.
- POR TERMINACIÓN DE LA OBRA O LABOR CONTRATADA.
- POR NO REGRESAR EL TRABAJADOR A SU EMPLEO, AL DESAPARECER LAS CAUSAS DE LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.

B) CUANDO LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO SE PRESENTE DURANTE LA FINALIZACIÓN DEL PERÍODO DE PRUEBA.

C) CUANDO EL CONTRATO DE TRABAJO SEA SUSPENDIDO POR CUALQUIER CAUSA.

D) CUANDO SE TRATE DE TRABAJADORES EMPLEADOS EN SU PROPIA EMPRESA.

E) NO SE INCLUYE BAJO ESTA COBERTURA LOS PENSIONADOS Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES.

F) PARA EL SEGMENTO DE FFMM SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS LAS SOLICITUDES DE BAJA DE SERVICIO

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS O CUANDO LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PRODUCTO DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD CORPORAL, TENGA ORIGEN DIRECTO O INDIRECTO EN:

A) ACCIDENTES ORIGINADOS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN:

- ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES DE ACUERDO CON LA LEY PENAL, EN LOS QUE PARTICIPE DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL ASEGURADO.

- VIAJES EN CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AÉREO, EXCEPTO CUANDO SE REALIZA EL VIAJE COMO PASAJERO DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES RESPECTIVAS.
 - PRUEBAS O CARRERAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD DE VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO.
 - PRÁCTICA PROFESIONAL DE CUALQUIER DEPORTE INCLUIDO, PERO NO LIMITADO A DEPORTES DE ALTO RIESGO DE CUALQUIER CLASE Y DEPORTES QUE INVOLUCREN EL USO DE EQUIPOS, MEDIO O MÁQUINAS DE VUELO O DEPORTES CON LA INTERVENCIÓN DE ALGÚN ANIMAL.
 - RADIACIONES IONIZANTES O CONTAMINACIÓN POR RADIOACTIVIDAD DE COMBUSTIBLE NUCLEAR O DE CUALQUIER RESIDUO NUCLEAR PRODUCIDO POR COMBUSTIÓN DE COMBUSTIBLE NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD, TÓXICO, EXPLOSIVO O CUALQUIER OTRA PROPIEDAD PELIGROSA DE UN EXPLOSIVO NUCLEAR O DE SUS COMPONENTES.
 - ACTOS TERRORISTAS, CONMOCIONES CIVILES, ASONADAS, DISTURBIOS, GUERRA DECLARADA O NO.
 - ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- B) LOS EVENTOS SIGUIENTES:
- CUALQUIER ENFERMEDAD MENTAL DE CUALQUIER TIPO Y SUS CONSECUENCIAS, TALES COMO ESTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN O DESORDENES NERVIOSOS.
 - ENFERMEDADES PREEXISTENTES



DEBIDO A LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA SIDO ATENDIDO Y TRATADO MÉDICAMENTE DENTRO DE LOS SEIS (6) MESES ANTERIORES A LA FECHA INICIO DE VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

- INTENTO DE SUICIDIO.
 - LESIONES, PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES INTENCIONALMENTE CAUSADAS O AUTO INFERIDAS, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O INCAPACIDAD MENTAL.
 - ENVENENAMIENTO DE CUALQUIER ORIGEN O NATURALEZA, EXCEPTO SI SE DEMUESTRA QUE FUE ACCIDENTAL.
 - INTENTO DE HOMICIDIO DEL ASEGURADO, CUANDO ESTE SE ENCUENTRE PARTICIPANDO DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN ACTOS DELICTIVOS O CONTRAVENCIONALES.
 - ACCIDENTES QUE SE ORIGINEN DEBIDO A QUE EL ASEGURADO ESTABA BAJO LA INFLUENCIA DE ALGÚN MEDICAMENTO O DROGA ENERVANTE, ESTIMULANTE O SIMILAR, EXCEPTO SI FUERON PRESCRITOS POR UN MÉDICO; ASÍ COMO LOS QUE SE ORIGINEN COMO CONSECUENCIA DE LOS EFECTOS DEL ALCOHOL.
- C) NO SE INCLUYEN BAJO ESTA COBERTURA LOS MIEMBROS DE FUERZAS MILITARES.
- D) CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EMPLEADO BAJO UN CONTRATO A TÉRMINO FIJO O A TÉRMINO INDEFINIDO

ENFERMEDADES GRAVES.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO DEL VALOR ASEGURADO SI EL RECLAMO 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 INTRARACTERIALES. Y TAMBÍEN ESTÁ EXCLUIDA LA CIRUGÍA DE DERIVACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS POR LAPAROSCOPIA.

4) ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: 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 TRANSPLANTE DE TODO EL ÓRGANO Y NO DE FRACCIONES O PARTES DE ÉSTE, POR LO QUE EN EL CASO DEL PÁNCREAS SE EXCLUYE EL TRANSPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS. NO ESTARÁ CUBIERTO EL TRANSPLANTE 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:

- 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 O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA. VENENO, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
- LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR EVENTOS EXTERNOS, BIEN SEAN ÉSTOS DE CARÁCTER VIOLENTO O ACCIDENTAL.
- CUALQUIER CONDICIÓN RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), CONFORME CON LAS DEFINICIONES RECONOCIDAS PARA TAL EFECTO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- ENFERMEDADES 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 CONGÉNITO S, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOS QUE HUBIERE INTERVENIDO EL



ASEGURADO.

- EFECTOS DE GUERRA, DECLARADA O NO DECLARADA, INVASIÓN, ACCIÓN DE UN ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS, YA SEA CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA.
- COMISIÓN DE ACTOS CALIFICADOS COMO DELITO, ASÍ COMO LA PARTICIPACIÓN 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.
- DESEMPEÑARSE EL ASEGURADO COMO PILOTO O TRIPULANTE DE AVIONES CIVILES O COMERCIALES, A MENOS QUE EXPRESA Y ESPECÍFICAMENTE SE PREVEA Y ACEPTE SU COBERTURA POR EL ASEGURADOR.
- TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS DISTINTOS DE LOS NECESARIOS A CONSECUENCIA DE LESIONES O ENFERMEDAD CUBIERTAS POR ESTA PÓLIZA.
- LOS TRATAMIENTOS ESTÉTICOS, PLÁSTICOS, DENTALES, ORTOPÉDICOS Y OTROS TRATAMIENTOS QUE SEAN PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO O PARA CORREGIR MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O ACCIDENTES ANTERIORES A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- TRATAMIENTOS POR ADICCIÓN A DROGAS O ALCOHOLISMO, LESIÓN, ENFERMEDAD O TRATAMIENTO CAUSADO POR INGESTIÓN VOLUNTARIA DE SOMNÍFEROS, BARBITÚRICOS, DROGAS Y DEMÁS SUSTANCIAS DE EFECTOS ANÁLOGOS O SIMILARES.
- NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O CULPA GRAVE POR PARTE DEL ASEGURADO.
- PARTICIPACIÓN EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES O DEPORTES: PASAJERO EN AVIACIÓN PRIVADA, PARACAIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE JUMPING, ALPINISMO, ESCALADA, MOTOCICLISMO, ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA, RODEO, RUGBY, EQUITACIÓN, POLO, Y AQUELLAS OTRAS QUE SE EXCLUYAN EXPRESAMENTE EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA.
- ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA MANIPULACIÓN DE EXPLOSIVOS O ARMAS DE FUEGO.
- CUALQUIER PROCEDIMIENTO REALIZADO POR UN MÉDICO NO LICENCIADO.
- 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.

3. DEFINICIONES.

ASEGURADO. PERSONA NATURAL TITULAR DE UN CRÉDITO DE BANCO FINANDINA S. A



BENEFICIARIO.

- PARA DESEMPLEO INVOLUNTARIO, INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y ENFERMEDADES GRAVES EL BENEFICIARIO SERÁ **BANCO FINANDINA S.A**
- PARA RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EL BENEFICIARIO SERÁ **EL ASEGURADO.**

CRÉDITO: CRÉDITO OTORGADO POR BANCO FINANDINA S.A AL ASEGURADO.

EXCLUSIONES: SE REFIERE A TODOS AQUELLOS HECHOS, SITUACIONES O CONDICIONES NO CUBIERTOS POR EL CONTRATO DE SEGURO, Y QUE SE ENCUENTRAN EXPRESAMENTE INDICADOS EN ESTAS CONDICIONES.

PERÍODO DE CARENCIA: CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO CONTADO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA, DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO NO TIENE DERECHO ALGUNO A INDEMNIZACIÓN FRENTE A LA OCURRENCIA DE UN EVENTO. EL PERÍODO DE CARENCIA SERÁ EL INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O SUS CONDICIONES.

PERÍODO DE ESPERA: CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO QUE DEBE TRANSCURRIR ENTRE LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y EL PRIMER PAGO, ASÍ COMO EL PERÍODO DE TIEMPO QUE EL ASEGURADO DEBERÁ ESTAR EN ESTADO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO O PERMANECER VIVO ESTANDO ENFERMO, SEGÚN CORRESPONDA, PARA ACCEDER AL PRIMER PAGO.

PREEEXISTENCIAS. DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

TOMADOR: BANCO FINANDINA S.A.

4. VALOR DE LA PRIMA.

EL VALOR DE LA PRIMA DE SEGURO SERÁ EL SEÑALADO EN LA SOLICITUD DE SEGURO.
LA PRIMA CORRESPONDERÁ AL VALOR DE LA CUOTA DEL CRÉDITO DEL VEHÍCULO

MULTIPLICADO POR LA TASA CON IVA DEL SEGURO.

5. VIGENCIA.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

LA PÓLIZA TENDRÁ VIGENCIA DE TRES AÑOS DESDE LA FECHA SEÑALADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

6. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES SERÁN EMITIDOS CON VIGENCIA MENSUAL. TRANSCURRIDO ESTE PERÍODO, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., PODRÁ RENOVARLOS DE FORMA AUTOMÁTICA POR UN PERÍODO IGUAL AL INICIALMENTE CONTRATADO, HASTA EL ANIVERSARIO DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL EN QUE EL ASEGURADO alcance la edad máxima de permanencia, salvo que el asegurado exprese su voluntad de no renovarlo, dándolo por terminado.

7. LÍMITE DE LA COBERTURA.

LOS LÍMITES DE COBERTURA DE CADA UNO DE LOS AMPAROS SERÁN LOS AQUELLOS QUE SE CONSAGREN EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO QUE SE ENTREGUEN A LOS ASEGURADOS.

8. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.

PARA TODOS LOS AMPAROS:

- EDAD MÍNIMA DE INGRESO: 18 AÑOS.
- EDAD MÁXIMA DE INGRESO: 74 AÑOS + 364 DÍAS.
- EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: 79 AÑOS + 364 DÍAS.

9. PERÍODO DE CARENCIA.

- I. PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO, RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO, INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD



TOTAL TEMPORAL: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE CARENCIA DE 30 DÍAS.

- II. PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: SE ESTABLECE UN PERÍODO DE CARENCIA DE 90 DÍAS.

10. PERÍODO DE ESPERA.

PARA LAS COBERTURAS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y ENFERMEDADES GRAVES: NO SE ESTABLECE PERÍODO DE ESPERA

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: EL PERÍODO DE ESPERA SE REGIRÁ DE ACUERDO CON LA TABLA DE INCAPACIDADES.

11. PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

CORRESPONDE AL PERÍODO MÍNIMO DE TIEMPO DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO DEBE PERMANECER EMPLEADO CON EL MISMO EMPLEADOR A EFECTOS DE TENER LA POSIBILIDAD DE PRESENTAR UNA NUEVA RECLAMACIÓN QUE AFECTE LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

- PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO SE ESTABLECE UN PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO DE 6 MESES.
- PARA LAS COBERTURAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, Y ENFERMEDADES GRAVES NO SE APLICA PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

12. RECAÍDA.

PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE 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 LAS CUOTAS GENERADAS ANTES DE LA RECAÍDA Y LAS QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE LA MISMA.

SI LA NUEVA INCAPACIDAD SUCEDA DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS 60 DÍAS DESDE LA PRIMERA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL REPORTADA, SE CONSTITUIRÁ COMO UN NUEVO EVENTO Y TENDRÁ DERECHO AL PAGO DE HASTA 6 CUOTAS DE ACUERDO CON LA TABLA CONSIGNADA EN LA TABLA DE INCAPACIDADES DE LAS PRESENTES CONDICIONES.

13. NÚMERO DE EVENTOS A INDEMNIZAR.

PARA LA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CRÉDITO, SIN PERJUICIO DE LO CONTENIDO EN EL PERÍODO ACTIVO MÍNIMO DESPUÉS DE UN SINIESTRO.

PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: SE INDEMNIZARÁ UN NÚMERO ILIMITADO DE EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA DEL CRÉDITO, DE CONFORMIDAD CON LA TABLA DE DÍAS DE INCAPACIDAD ESPECIFICADA EN EL PRESENTE CONDICIONADO.

PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES: ILIMITADO EN LA VIGENCIA DEL CRÉDITO, SIN QUE SE INDEMNICE UN DIAGNÓSTICO YA REPETIDO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE QUE PADEZCA EL ASEGURADO AL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO.

14. TERMINACIÓN.

EL CONTRATO DE SEGURO, CONSIGNADO EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE DARÁ POR TERMINADO 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 CRÉDITO DEL ASEGURADO.
4. REVOCACIÓN UNILATERAL, MEDIANTE NOTICIA ESCRITA O VERBAL DE PARTE



DEL ASEGURADO.

5. MUERTE DEL ASEGURADO.

15. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN.

-CON EL FIN DE NO CONSTITUIR MORA EN EL PAGO DEL CRÉDITO, EL ASEGURADO ES RESPONSABLE DE REALIZAR EL PAGO DE LA PRIMERA CUOTA DESPUÉS DEL SINIESTRO.

16.1. PARA LOS AMPAROS DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO.

EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO POR DESEMPLEO INVOLUNTARIO, EL ASEGURADO DEBERÁ ALLEGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN COMO LOS ÚNICOS MEDIOS DE PRUEBA PARA COMPROBAR LA

OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO:

- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL (LOS) BENEFICIARIO (S).
- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO*.
- ORIGINAL DEL DOCUMENTO EN EL QUE CONSTE LA TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O CARTA DE DESPIDO.
- ORIGINAL DEL DOCUMENTO EN EL QUE CONSTE LA LIQUIDACIÓN DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES.
- EN CASO DE ESTAR AFILIADO A COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO ORIGINAL DE CERTIFICACIÓN QUE CONTENGA LA CAUSAL DE RETIRO DEL ASOCIADO EXPEDIDA POR LA COOPERATIVA O POR LA ENTIDAD CONTRATANTE DE LOS SERVICIOS DE LA COOPERATIVA

16.2. PARA LOS AMPAROS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, EL ASEGURADO DEBERÁ ALLEGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN COMO LOS ÚNICOS MEDIOS DE PRUEBA PARA COMPROBAR LA OCURRENCIA Y

CUANTÍA DEL SINIESTRO:

- FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTROS DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL (LOS) BENEFICIARIO (S).
- FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO*.
- CERTIFICADOS Y EXÁMENES MÉDICOS ORIGINALES QUE ACREDITEN LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR MÁS DE 15 DÍAS CORRIENTES, EXPEDIDOS POR EL MÉDICO AFILIADO A LA EPS O ARP O MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL. AMPLIACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
- EN CASO DE AMPLIACIÓN O EXTENSIÓN DEL ESTADO DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADOS Y EXÁMENES MÉDICOS QUE ACREDITEN CONTINUIDAD DE LA INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, EXPEDIDOS POR EL MÉDICO AFILIADO A LA EPS O ARP O MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA OCUPACIONAL.

16.3 PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO POR ENFERMEDADES GRAVES, EL ASEGURADO DEBERÁ ALLEGAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SIN QUE SE CONSTITUYAN COMO LOS ÚNICOS MEDIOS DE PRUEBA PARA COMPROBAR LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO:

1. FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO O SU APODERADO.
2. FOTOCOPIA AMPLIADA AL 150% DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO*.
3. ORIGINAL DE CERTIFICADOS Y EXÁMENES MÉDICOS ORIGINALES 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 ARP 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. EXÁMENES QUE COMPRUEBAN EL PADECIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (BIOPSIA, RADIOGRAFÍAS, ETC.)

16. MORA.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO A ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

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 COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. 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

ACEPTE EXPRESA O TÁCITAMENTE.

18. FECHA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

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 CUANTIA DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1077 DEL CODIGO DE COMERCIO.

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 (2) 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 (5) 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. AVISO AL ASEGURADOR.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO ESTARÁN



OBLIGADOS A DAR NOTICIA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. DE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER. ESTE TÉRMINO PODRÁ AMPLIARSE, MAS NO REDUCIRSE POR LAS PARTES. EL ASEGURADOR NO PODRÁ ALEGAR EL RETARDO O LA OMISIÓN SI, DENTRO DEL MISMO PLAZO, INTERVIENE EN LAS OPERACIONES DE SALVAMENTO O DE COMPROBACIÓN DEL SINIESTRO.

22. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PODRÁ DEVOLVER UNA RECLAMACIÓN CUANDO LA MISMA CAREZCA DE LA DOCUMENTACIÓN Y/O INFORMACIÓN SOLICITADA COMO PRUEBA PARA ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y EN AQUELLOS CASOS QUE SEA NECESARIO LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA.

CUANDO SE EFECTUE LA DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. INFORMARÁ AL RECLAMANTE LOS DOCUMENTOS QUE SE REQUIEREN PARA LA RESOLUCIÓN DE ESTA. EN ESTE EVENTO, EL RECLAMANTE PODRÁ PRESENTAR UNA NUEVA RECLAMACIÓN CON LOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.

23. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

EL ASEGURADO, AL SOLICITAR O AUTORIZAR LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, MANIFIESTA QUE TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA A TRAVÉS DE LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE ES VERAZ Y COMPROBABLE, Y AUTORIZA EXPRESAMENTE PARA LOS FINES DE LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. Y AL TOMADOR PARA EFECTUAR TODO TRATAMIENTO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL, NECESARIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS DEBERES LEGALES Y CONTRACTUALES PUDIENDO, COMPARTIR INFORMACIÓN DEL ASEGURADO CON EL TOMADOR DE LA PÓLIZA, ASÍ COMO TAMBIÉN, CUANDO ELLO SE HAGA INDISPENSABLE PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE SEGURO O PARA CUALQUIER OPERACIÓN QUE LE RESULTE AFÍN, COMPLEMENTARIA O ASOCIADA, REVELAR O

ENCARGAR, BAJO SU RESPONSABILIDAD, INFORMACIÓN A TERCEROS TALES COMO PROVEEDORES TECNOLÓGICOS, OPERADORES LOGÍSTICOS O REASEGURADORES EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR.

PARA FINES ESTADÍSTICOS Y/O DE VALORACIÓN DE RIESGO EL TOMADOR Y/O ASEGURADO AUTORIZAN ACARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. PARA EFECTUAR CONSULTAS Y REPORTES DE SU INFORMACIÓN PERSONAL, DIRIGIDAS A AUTORIDADES PÚBLICAS COMPETENTES, Y A ORGANISMOS GREMIALES DEL SECTOR FINANCIERO Y ASEGURADOR, ASÍ COMO TAMBIÉN A CONSULTAR FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE PÚBLICAMENTE.

EL ASEGURADO SE OBLIGA A INFORMAR OPORTUNAMENTE TODO CAMBIO Y/O ACTUALIZACIÓN E INFORMACIÓN PERSONAL SUMINISTRADA A CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. EL ASEGURADO PODRÁ CONOCER, ACTUALIZAR O MODIFICAR SUS DATOS O ACCEDER A POLÍTICAS, A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.BNPPARIBASCARDIF.COM.CO ENLACE "PRIVACIDAD".

DONDE APLIQUE, Y SIEMPRE QUE LOS MISMOS NO RESULTEN IDISPENSABLES PARA EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE SEGURO NO SERÁ OBLIGATORIA LA REVELACIÓN DE DATOS SOBRE ORIENTACIÓN POLÍTICA, SEXUAL, RELIGIOSA, FILOSÓFICA, RAZA, DE MENORES, O EN TODO CASO DATOS LEGALMENTE CONSIDERADOS COMO SENSIBLES.

24. AVISO DE PRIVACIDAD.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. UTILIZA SUS DATOS PARA LA EMISIÓN DEL(LOS) SEGURO(S) SOLICITADOS Y PARA EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y LEGALES. RECUERDE QUE USTED PUEDE SOLICITAR CONOCER, ACTUALIZAR O MODIFICAR SUS DATOS PERSONALES LLAMANDO A LA LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE SEÑALADA EN ESTE FORMULARIO, ESCRIBIENDO A LA CALLE 113 NO.7-80 PISO 11 TORRE AR (BOGOTÁ D.C.) O AL E-



MAIL: CONTACTO@CARDIF.COM.CO. PARA CONOCER LAS POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS CONSULTE

ENLACE

WWW.BNPPARIBASCARDIF.COM.CO

"PRIVACIDAD". USTED NO ESTÁ OBLIGADO A REVELAR DATOS SOBRE ORIENTACIÓN POLÍTICA, SEXUAL, RELIGIOSA, FILOSÓFICA, RAZA, O DE MENORES.

28. 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 RESUELTA 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](https://USTARIZABOGADOS.COM)

- APP DEFENSORÍA CONSUMIDOR FINANCIERO A TRAVÉS DE NUESTRA PÁGINA WEB [HTTPS://BNPPARIBASCARDIF.COM.CO](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.

LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

- BOGOTÁ: 7455427

ASEGURADOR.

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.

CÓDIGO DEL CONDICIONADO: 20/09/2025-1344-P-24-BFICLI2502HAL001-0R00

CÓDIGO DE NOTA TÉCNICA: 20/09/2025-1344-NT-P-24-BFICLIOOOVHAL002