

PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CON ENFERMEDADES GRAVES. (PLAN TRADICIONAL, PLAN EMPIEZA A PAGAR Y PLAN 14/12)

CONDICIONES

Señor asegurado, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. ("CARDIF") lo invita a conocer las condiciones del seguro adquirido por usted:

1. COBERTURAS

1.1. DESEMPLO INVOLUNTARIO:

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer una indemnización en caso en que el asegurado sea despedido o pierda su empleo sin justa causa.

¿Qué Características tiene esta cobertura?

- Haber tenido un contrato a término fijo o indefinido con su empleador
- Haber completado más de 6 meses o 180 días continuos trabajando. En casos de cambio de empleo, se tendrá en cuenta el término de 6 meses o 180 días continuos siempre y cuando el cambio de un empleo a otro no supere 8 días calendario y el asegurado no haya sido despedido del primero de dichos empleos.
- Al momento de la terminación de la relación laboral, se debió haber reconocido a favor del asegurado el pago una indemnización
- El despido siempre debe ser sin justa causa y que exista el pago de una indemnización o bonificación.
- Para presentar una nueva reclamación por desempleo deberán transcurrir nuevamente 6 meses, durante este periodo el asegurado deberá estar vinculado laboralmente.

¿A quiénes ampara esta cobertura?

(i) Empleados, (ii) personas con vinculación laboral a término fijo y cuyo contrato haya finalizado antes del término inicialmente establecido, siempre y cuando esta terminación no dependa de la voluntad del asegurado y no exista justa causa en la terminación, (iii) las personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado o a empresas de servicios temporales a través de contrato a término indefinido cuya terminación se dé sin justa causa, (iv) personas vinculadas a cooperativas de trabajo asociado o a empresas de servicios temporales a través de contrato a término fijo cuya terminación se dé antes del término inicialmente pactado, siempre y cuando esta terminación no dependa de la voluntad del asegurado y no exista justa causa en la terminación, (v) personas con cargos en carrera administrativa, servidores públicos o de libre nombramiento y remoción, cuyo retiro no haya sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo, (vi) los despidos masivos con o sin autorización del ministerio de trabajo siempre y cuando el asegurado no tenga conocimiento de esta situación o no se haya notificado el despido masivo al momento de adquirir la póliza.,.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

(i) Renuncia, (ii) despido con justa causa, (iii) muerte del asegurado, (iv) expiración del término establecido en el contrato a término fijo, (iv) contratos por obra o labor, (vi) suspensión del contrato de trabajo, (vii) contratos finalizados durante o al momento de finalización del periodo de prueba, (viii) relaciones laborales celebradas en el exterior, ejecutadas total o parcialmente y finalizadas en el exterior, (ix) por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectué pago alguno de bonificación, indemnización o suma alguna, (x) contratos de aprendizaje, (xi) cualquier contrato diferente a los enunciados en la cobertura de desempleo o cualquier contrato que no constituya una relación laboral de subordinación y dependencia, (xii) despidos que no impliquen el reconocimiento de una indemnización o bonificación, (xiii) no se incluyen en este amparo personas cubiertas bajo el amparo de incapacidad total temporal, (ix) trabajadores de su propia empresa, y (x) terminación de relaciones que hayan sido conocidas con anterioridad al inicio de vigencia del presente seguro.



1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada en caso de sufrir un accidente o enfermedad que le impida al asegurado realizar sus actividades y sea incapacitado total y temporalmente.

¿Qué Características tiene esta cobertura?

- La certificación de la incapacidad debe ser emitida por el médico de la EPS, régimen subsidiado de salud, ARL, medicina prepagada, plan adicional o complementario de salud o póliza de salud a la cual el asegurado se encuentre afiliado o médico independiente licenciado en Colombia.
- La incapacidad debe tener una duración igual o superior a quince (15) días corrientes continuos y siempre y cuando esta incapacidad no haya sido causada por su propia voluntad.
- La indemnización se realizará de acuerdo con la siguiente tabla de días de incapacidad:

DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE CUOTAS A APLICAR
15 DIAS CALENDARIOS CONSECUTIVOS	1
45 DIAS CALENDARIOS CONSECUTIVOS	2
80 DIAS CALENDARIOS CONSECUTIVOS	3
110 DIAS CALENDARIOS CONSECUTIVOS	4
140 DIAS CALENDARIOS CONSECUTIVOS	5
170 DIAS CALENDARIOS CONSECUTIVOS	6

Importante:

Si el asegurado presenta una nueva incapacidad total temporal dentro de los 60 días siguientes a la incapacidad reportada previamente; ésta se considera como una recaída y se tomará como parte del primer evento de acuerdo con la tabla de días de incapacidad. Lo anterior, siempre y cuando la nueva incapacidad tenga relación directa de causalidad con la patología que originó la incapacidad reportada previamente.

Si usted como asegurado presenta una nueva incapacidad total temporal después de transcurridos 60 días desde la última incapacidad total temporal reportada, la nueva incapacidad se tomará como un nuevo evento.

¿A quiénes ampara esta cobertura?

La cobertura de Incapacidad aplica únicamente para independientes; es decir, ampara a toda persona que realice una actividad económica o preste sus servicios profesionales de manera personal por su cuenta y riesgo, y que NO se encuentre vinculado a un empleador mediante (i) vinculación laboral a término indefinido, (ii) término fijo, (iii) empleados públicos de libre nombramiento y remoción o (iv) personas vinculadas a una cooperativa de trabajo asociado o empresa de servicios temporales a través de contrato de trabajo a término fijo o indefinido.

Esta cobertura cubre también a (i) amas de casa, (ii) estudiantes, (iii) pensionados, (iv) personas contratadas bajo la modalidad de prestación de servicios, (v) personas contratadas bajo la modalidad de contratos en misión, (vi) personas contratadas bajo la modalidad de contratos por obra o labor, (vii) microempresarios.

¿Qué personas, situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- Licencias de maternidad o licencias de paternidad
- Los integrantes de las Policía Nacional y Fuerzas Militares.

- Los eventos o situaciones generados por enfermedades, accidentes o padecimientos que hayan sido conocidos o diagnósticos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como por cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.
- Personas cubiertas bajo el amparo de desempleo.
- Los eventos o situaciones generados como consecuencia de Intento de suicidio.

1.3. ENFERMEDADES GRAVES

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura?

Reconocer una suma asegurada para cubrir todas las necesidades en el caso en que al asegurado ("usted") le sea diagnosticado o se le manifieste por primera vez alguna de las siete (07) enfermedades graves o los procedimientos que se mencionan a continuación. Por favor tenga en cuenta que cualquier enfermedad o procedimiento distinto al enunciado no estará cubierto:

Importante: Las siguientes enfermedades y/o procedimientos deben estar certificados por un médico de la EPS, régimen subsidiado de salud, ARL, plan adicional de salud o póliza de salud a la cual el asegurado ("usted") se encuentre afiliado o por un médico independiente licenciado en Colombia.

1.3.1. Cáncer

Se cubrirá el cáncer a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna de acuerdo con la definición y demostración que se señala a continuación:

Se entiende por Cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas de 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 linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico licenciado en Colombia, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico ("biopsia") que confirme positivamente la presencia de un cáncer.

Cabe resaltar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer durante la vigencia de la póliza, esto incluye las metástasis de esta primera manifestación. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a CARDIF no será cubierta por este seguro.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

(i)Leucemia linfoide, (ii) Cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno, (iii) todos los tumores descritos histológicamente como benignos, premalignos con potencial bajo de malignidad, o no invasivos, (iv) todas las lesiones descritas como carcinoma "in situ", (v) virus del papiloma humano, (vi) condilomas planos, (vii) displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III y (viii) las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera y trombocitopenia esencial, (ix) todos los tumores de próstata, al menos que sean clasificados histológicamente por la escala de "Gleason" con un grado menor a 6, o que hayan progresado al menos a la clase t2n0m0 según la clasificación de AJCC sexta edición clasificación TMN, (x) cualquier tipo de cáncer en presencia de la infección VIH que sea certificado por un médico licenciado en Colombia, incluyendo el linfoma o sarcoma de Kaposi, (xi) 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, (xii) 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 y (xiii) cáncer temprano localizado en la vejiga que sea histológicamente descrito por la sexta edición de AJCC clasificación TMN como tal o una clasificación equivalente siempre y cuando no exista metástasis.

Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

1.3.2. 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 horas (72) horas antes de dicha hospitalización, que presente:

- Cambios nuevos, relevantes y caracterizados en el electrocardiograma EKG.
- Aumento del diagnóstico de las enzimas cardíacas.

El infarto del miocardio que ocurre dentro de los catorce (14) días posteriores a cualquier procedimiento de intervención de las arterias coronarias, angioplastía coronaria o cirugía de derivación coronaria, será cubierto solamente si ha resultado con nuevas ondas en el electrocardiograma o nuevos movimientos anormales permanentes de la pared cardiaca mostrados en las imágenes cardíacas treinta (30) días después del procedimiento coronario.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

(i) La insuficiencia cardiaca, (ii) dolor torácico no cardiaco, (iii) angina, (iv) angina inestable, (v) miocarditis, pericarditis y (vi) lesión traumática al miocardio.

1.3.3. Cirugía de bypass coronario.

Es la cirugía de una 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.

Importante: La enfermedad y la cirugía de by pass coronario deben diagnosticarse y llevarse a cabo dentro de la vigencia de la presente póliza.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

Se encuentran excluidos de la cobertura los siguientes tratamientos, cirugías y/o procedimientos:

- La angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.
- La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardiaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales.
- Así mismo, está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.

1.3.4. Enfermedad cerebro – vascular.

Corresponde a la embolia cerebral que 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 (24) 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.



¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- No se considerarán dentro de la cobertura los síntomas cerebrales de (i) migraña, (ii) lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia, (iii) una enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, (iv) las alteraciones isquémicas del sistema vestibular, (v) los accidente cerebro vascular 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.

1.3.5. Insuficiencia renal crónica.

La enfermedad que se presenta en su etapa final como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, que hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante renal.

La insuficiencia total, crónica e irreversible de ambos riñones o la continua diálisis renal de dos tipos: (i) hemodiálisis o (ii) diálisis peritoneal, deberá ser institucionalizada y considerada médicaamente necesaria, por un nefrólogo certificado.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular.

1.3.6. Esclerosis múltiple

Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado, evidenciadas por síntomas típicos 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 que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

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

1.3.7. Trasplante de órganos mayores:

Para los efectos de esta cobertura se entiende por trasplante de un órgano vital el que se vaya a realizar o se haya realizado el asegurado como receptor del trasplante de un órgano proveniente de un donante humano fallecido o vivo, para los siguientes órganos: (i) corazón, (ii) pulmón, (iii) hígado, (iv) riñón, (v) médula ósea o (vi) 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.

Importante:

Será requisito indispensable para el pago de la indemnización:

- 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 de que el trasplante 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 este incurriere en alguna causal legal que así lo permita.

- En el caso que ya ha realizado el trasplante, este 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.
- La enfermedad que da lugar al trasplante de órganos mayores debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza.
- El trasplante de órgano del cual sea candidato o ya se haya practicado el asegurado, deberá ejecutarse de acuerdo con las normas de donación y trasplante de órganos establecidos en Colombia.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación, deberán contener los soportes médicos respectivos.

¿Qué situaciones o eventos no ampara esta cobertura (exclusiones)?

- La cobertura sólo comprende el trasplante de todo el órgano descrito en el presente amparo y no de fracciones o partes de éste, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de islotes de Langerhans y glóbulos hepáticos o pulmonares.
- Trasplante autólogo de medula.

Otras exclusiones aplicables a la cobertura de enfermedades graves

- Tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- 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.
- Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- Padecimientos congénitos, anomalías congénitas como los aneurismas, 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.
- 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.
- Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- En ningún caso la compañía aseguradora pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad que haya sido conocida o diagnosticada al momento de la fecha de inicio de vigencia o de la toma o durante el periodo de carencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.
- Se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza.

2. EXCLUSIONES.

- Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, guerra declarada o no y actividades peligrosas como la manipulación de armas de fuego.
- Enfermedades, accidentes o padecimientos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como, cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia.
- Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.

- Cualquier condición relacionada con el síndrome de inmuno deficiencia humana (sida) o virus de inmuno deficiencia humana.
- Accidentes o lesiones padecidos por el asegurado bajo el efecto del alcohol o drogas psicoactivas o enervantes.
- Accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro.
- El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.
- Participación en las siguientes actividades o deportes: pasajero en aviación privada, paracaísmo, alas delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación y polo.
- Hechos, eventos o acontecimientos conocidos u ocurridos antes del inicio de vigencia del seguro
- Hechos ciertos
- Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- Lesiones corporales causadas por eventos externos, bien sean éstos de carácter violento o accidental.
- Padecimientos congénitos, anomalías congénitas como los aneurismas, 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.
- En ningún caso la compañía aseguradora pagará una enfermedad que sea consecuencia, complicación o secuela de una enfermedad que haya sido conocida o diagnosticada al momento de la fecha de inicio de vigencia o de la toma o durante el periodo de carencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico.
- 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.

3. DEFINICIONES

Para la comprensión del contenido del presente seguro, por favor preste atención a las siguientes definiciones:

ASEGURADO: En este seguro la persona asegurada será usted.

BENEFICIARIO: Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

Para las coberturas de Desempleo o Incapacidad Total Temporal y Enfermedades Graves, el beneficiario será: La Entidad Financiera

EDAD MÍNIMA DE INGRESO: Edad a partir de la cual una persona puede contratar el presente seguro.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO: Edad hasta la cual una persona puede contratar el presente seguro.

EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA: Edad hasta la cual una persona puede permanecer asegurada en el presente seguro. Es importante tener en cuenta que una vez cumplida la edad máxima de permanencia, el presente seguro se dará por terminado.

EXCLUSIONES: Hechos, situaciones o condiciones no cubiertos por el seguro.

METÁSTASIS: Es la propagación de un foco canceroso a un órgano distinto al de su origen.

NEOPLACIA MALIGNA: Células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.

PERIODO DE CARENCIA: 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, quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura.

PRIMA: Precio del seguro.

SINIESTRO: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.

TOMADOR: Persona que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.

4. EVENTOS A RECONOCER POR COBERTURA:

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal: Se reconoce un número ilimitado de eventos durante la vigencia de la póliza.
- Para la cobertura de Enfermedades Graves: Se reconoce un evento por el primer diagnóstico o el primer procedimiento de cada una de las 7 enfermedades.

5. PERIODO DE CARENCIA

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal: 60 días
- Para la cobertura de Enfermedades Graves: 90 días

6. PERIODO ACTIVO MINIMO DESPUES DE UN SINIESTRO

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario: 6 meses
- Incapacidad Total Temporal: No aplica
- Para la cobertura de Enfermedades Graves: No aplica

7. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA TODAS LAS COBERTURAS.

- Edad mínima de ingreso: 18 años.
- Edad máxima de ingreso: 69 años + 364 días.
- Edad máxima de permanencia: 74 años + 364 días.

8. VALORES ASEGURADOS

Los valores asegurados serán los señalados en la solicitud de seguro

Importante:

Para el plan tradicional, para el plan empieza a pagar, para el plan 14/12:

- Con relación a los valores a reconocerse y/o indemnizarse en los amparos de (i) desempleo, (ii) incapacidad total temporal y (iii) enfermedades graves, la aseguradora realizará el pago de la respectiva indemnización teniendo en cuenta el número máximo de cuotas establecido para cada amparo desde el momento del aviso del siniestro sin sobrepasarle las sumas aseguradas.
- El presente seguro no cubre la opción de compra de los contratos de leasing de vehículos, es decir en el evento en que se presente la opción de compra del vehículo, la vigencia del seguro culminará.

Para el plan empieza a pagar:

- El asegurado realiza pagos mensuales correspondientes únicamente a cargos adicionales (seguros contratados por el asegurado), durante el periodo de gracia establecido en su plan, los intereses durante

este periodo son al 0%. Terminado el periodo de gracia, el asegurado pagará el valor financiado o cuotas iguales que incluyen abono a capital, pago de intereses y pago de cargos adicionales.

- El asegurado pagará el valor de la prima durante todo el plazo del préstamo.
- Sí el asegurado se siniestra durante el periodo de gracia superado el periodo de carencia, este recibirá como indemnización el valor equivalente a la cuota de su crédito pactado inicialmente.

Para el plan 14/12:

- Este escenario se refiere a aquellos créditos otorgados por RCI, en los que el asegurado efectúa el pago de las doce cuotas mensuales pactadas durante un periodo de un año, y adicionalmente tiene la posibilidad de pagar durante dicho periodo, dos cuotas adicionales (en los meses de Junio y Diciembre).

9. VIGENCIA DEL SEGURO

Para operaciones de crédito en plan tradicional, plan empieza a pagar y plan 14/12 respecto de los cuales los clientes adquieran el seguro al momento del desembolso del crédito: La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de desembolso del crédito. Esta vigencia será mensual con renovación automática por un término igual al inicialmente pactado y se mantendrá siempre y cuando se encuentre activo y con saldo el crédito.

Para operaciones de crédito en plan tradicional, plan empieza a pagar y plan 14/12 respecto de los cuales los clientes adquieran el seguro en fecha posterior al momento del desembolso del crédito: La cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha de facturación de la próxima cuota del crédito. Esta vigencia será mensual con renovación automática por un término igual al inicialmente pactado y se mantendrá siempre y cuando se encuentre activo y con saldo el crédito.

Importante:

- En todos los casos, el seguro iniciará su vigencia a partir de: La aceptación del seguro y cuando el cargo fijo correspondiente a la prima del seguro se vea reflejado en la facturación del crédito. Si estas dos condiciones no ocurren no habrá indemnización en caso de reclamación.

10. VALOR DE LA PRIMA Y FORMA DE PAGO

- El valor de la prima será el señalado en la solicitud de seguro

10.1. VALOR DE LA PRIMA

- La prima corresponderá a la multiplicación de la tasa del seguro por el monto inicial del crédito.

10.2. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima será asumido por cada asegurado, esta será cargada al producto financiero adquirido ("crédito").

11. TERMINACIÓN

El seguro podrá terminar cuando suceda cualquiera de las siguientes causas:

1. Mora en el pago de la prima.
2. Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.

3. Cancelación y/o finalización del o los productos financieros seleccionados para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro.
4. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado.
5. Revocación unilateral mediante noticia escrita por parte de CARDIF.
6. Muerte del asegurado.

12. REVOCATORIA UNILATERAL

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes (“Por CARDIF o por el asegurado”). En el caso en que CARDIF lo quiera revocar, deberá remitir un documento escrito dirigido a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación contados a partir de la fecha del envío; en este caso, usted podrá 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 seguro. Cuando usted desee solicitar la revocación del seguro, lo podrá realizar en cualquier momento, para ello será necesario se dirija a cualquier oficina. En este caso, la cancelación será efectiva a partir del mes siguiente a su solicitud de revocación.

13. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, a usted como asegurado le corresponderá demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Por tal razón para afectar la(s) cobertura(s) descrita(s) en este seguro, será necesario que en cada reclamación se entreguen además del Formulario de Declaración de Siniestro debidamente diligenciado y firmado por el asegurado y la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad del asegurado, los siguientes documentos:

I. Para Desempleo Involuntario

- Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en el cual se especifique el tipo de contrato laboral fecha de inicio y terminación del contrato y la causa de terminación del mismo o carta de despido detallando dicha información.
- Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales
- Si la vinculación laboral se realizó a través de un contrato por obra o labor, se requiere el aporte del contrato y la carta de terminación.
- Extracto del crédito (“Para el plan tradicional y plan empieza a pagar”)
- Plan de pagos (“Para el plan 14/12”).

II. Para Incapacidad Total Temporal

- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por 15 días o más. estos certificados y exámenes deben ser emitidos por las entidades o médicos mencionados en la descripción de cobertura. Se advierte que los certificados de incapacidad informales nos serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.
- Extracto del crédito (“Para el plan tradicional y plan empieza a pagar”)
- Plan de pagos (“Para el plan 14/12”).

III. Para Enfermedades Graves

- 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 tratante, afiliado a la EPS, ARL, póliza de salud, régimen subsidiado 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.)
- Extracto del crédito (“Para el plan tradicional y plan empieza a pagar”)
- Plan de pagos (“Para el plan 14/12”).

Importante:

- CARDIF podrá solicitar cualquier otro documento necesario para definir su reclamación, así mismo, cuando usted o los beneficiarios no posean los documentos mencionados, podrán aportar cualquier medio probatorio previsto en la ley, siempre y cuando sea idóneo, pertinente y conducente para probar el siniestro.
- Presentada la reclamación con la documentación completa en las oficinas y/o sucursales de la entidad financiera, la compañía de seguros contará con un término de hasta con un (01) mes para resolver de manera afirmativa (Pago de la indemnización) o negativa la solicitud de reclamación efectuada por el asegurado; por tanto, el asegurado deberá asumir y cumplir con el pago de la(s) cuota(s) o canon(es) que se generen desde el momento del siniestro hasta la respuesta de la aseguradora. Posterior a la definición de la reclamación y si la misma es afirmativa, la compañía de seguros procederá a reconocer las cuotas o cánones por siniestro o por evento a que haya lugar.

13.1. PASOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN

Cuando usted cuente con la totalidad de documentos enunciados para la reclamación, le solicitamos muy amablemente remitir dicha documentación por cualquiera de los siguientes medios:

- En físico en cualquier sucursal u oficina de la entidad financiera.
- O al correo electrónico clientesrci@renault.com

14. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, usted como asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo¹, según el cuestionario que le sea propuesto por CARDIF. Si usted oculta o proporciona información inexacta sobre hechos o circunstancias que, conocidos por CARDIF, lo hubieren detenido de celebrar el seguro o inducido a aumentar el valor de la prima, se producirá la nulidad relativa² de este seguro.

Si la inexactitud proviene de error inculpable, el seguro no será nulo, pero CARDIF sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la suma asegurada.

15. FACULTAD DE DEVOLUCIÓN DE LA RECLAMACIÓN

CARDIF podrá devolver una reclamación cuando la misma carezca de la documentación y/o información solicitada como prueba para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, cuando sea necesario.

Cuando se efectúe la devolución de la reclamación, se informará cuáles son los documentos que se requieren para la resolución de la reclamación. En este evento, el reclamante podrá presentar una nueva solicitud con los respectivos documentos que acrediten la ocurrencia de las situaciones descritas en el presente seguro.

16. FECHA PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

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. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Usted como 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 y al tomador para efectuar todo tratamiento de su información

¹ Su estado del riesgo para este seguro, se relaciona con su estado de salud al momento del inicio del seguro, así como, el estado de su actividad económica. Ejemplo: Empleado o independiente.

² Nulidad relativa: esto significa que parte del seguro puede quedar sin valor.

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. Adicionalmente, el asegurado autoriza transferir y trasmisón sus datos personales con terceros a nivel nacional o internacional. Esta transferencia o trasmisión se presentará cuando sea necesaria para la ejecución del contrato de seguro.

Para fines estadísticos y/o de valoración de riesgo el tomador y/o asegurado autorizan a CARDIF para efectuar consultas y reportes de su información personal dirigidos a centrales de riesgo financiero, a autoridades públicas competentes, y a organismos gremiales del sector financiero y asegurador, así como también a consultar fuentes de información disponible públicamente.

Usted en calidad de asegurado se obliga a informar oportunamente todo cambio y/o actualización e información personal suministrada a CARDIF. El asegurado podrá conocer, actualizar o modificar sus datos comunicándose a las líneas de atención al cliente o acceder a políticas, a través de la página web WWW.BNPPARIBASCARDIF.COM.CO enlace "Protección de datos personales".

Donde aplique, y siempre que los mismos no resulten indispensables 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.

18. DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO

Señor (a) asegurado (a), recuerde que usted podrá acudir al defensor del consumidor financiero si lo considera necesario, para ello tenga en cuenta la siguiente información:

Defensor Principal. José Federico Ustáriz González.

Defensor Suplente. Mario Santiago Fajardo.

Correo Electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com

Telefax: 6108161 Y 6108164.

Dirección: Carrera 11^a # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá

D.C. Horario de Atención: 8:00 A.M. A 6:00 P.M. Jornada Continua.

19. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Cualquier inquietud o duda, por favor comuníquese a las líneas de servicio al cliente, CARDIF con gusto lo atenderá.

- Bogotá: 7 455 429.



ASEGURADOR
CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A

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

**CARDIF SE COMPLACE EN TENERLO A USTED COMO CLIENTE Y ESPERA QUE SE SIENTA SATISFECHO
CON LOS SERVICIOS OFERTADOS EN ESTE SEGURO.**

Código de Condicionado : 30/12/2025-1344-P-24-RCICVH5801HAL001-0R00

Código de Nota Técnica: 30/12/2025-1344-NT-P-24-RCICVHOOOVHAL001

Código de Condicionado : 30/12/2025-1344-P-24-RCICVH5801HAL001-0R00

Código de Nota Técnica: 30/12/2025-1344-NT-P-24-RCICVHOOOVHAL001