



PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO PARA EMPLEADOS O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES CON ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

CONDICIONES PARTICULARES

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

1. COBERTURAS

1.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA EMPLEADOS:



CARDIF reconocerá a favor del beneficiario vinculado mediante contrato de trabajo la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales usted pierda su empleo sin justa causa.

Esta cobertura cuenta con las siguientes particularidades:

- Usted debe estar vinculado bajo un contrato a término fijo o indefinido.
- Debe llevar 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 calendarios.
- Usted deberá tener una relación laboral la cual al momento de su terminación haya generado el pago de una indemnización o bonificación.
- Dentro de esta cobertura se amparan: (Empleados) (i) personas con vinculación laboral a término fijo y cuyo contrato haya finalizado antes del término inicialmente establecido y siempre y cuando esta terminación no dependa de la voluntad del asegurado y no exista justa causa en la terminación, (ii) 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 o contrato a término fijo cuya terminación se dé antes del término inicialmente pactado, (iii) personas con cargos en carrera administrativa o 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 y (iv) los despidos masivos con o sin autorización del ministerio de trabajo.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL PARA INDEPENDIENTES:

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos en que a consecuencia de una enfermedad o accidente usted sea incapacitado total y temporalmente.

Esta cobertura cuenta con las siguientes particularidades:

- La certificación de la incapacidad deberá ser emitida por el médico de la EPS, régimen subsidiado de salud, ARL, plan adicional de salud, póliza de salud a la cual usted se encuentre afiliado.
- La incapacidad deberá tener una duración igual o superior a quince (15) días corrientes continuos y no haya sido causada por su voluntad.
- Aplica para 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 vinculada a un empleador mediante vinculación laboral a término indefinido, término fijo, empleados públicos de libre nombramiento y remoción o personas vinculadas a una cooperativa de trabajo asociado o empresa de servicios temporales a través de contrato de trabajo a término fijo o indefinido.



Para el pago de su indemnización tenga en cuenta la siguiente tabla:

Días de Incapacidad Total Temporal Certificada	# 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

Recaída: Si usted presenta una nueva incapacidad total temporal dentro de los 60 días siguientes a la incapacidad reportada previamente, ésta se considerará 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.

1.3. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

CARDIF reconocerá a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en que a usted se le diagnostique o se le manifieste por primera vez cualquiera de las siguientes enfermedades.

Nota: La presente cobertura se establece con el objeto de reconocer a favor del asegurado, un monto para el tratamiento de su enfermedad y/o procedimiento médico mientras este se encuentre vivo. Las reclamaciones que realicen los beneficiarios de ley del asegurado con posterioridad a la muerte de este tendientes a afectar esta cobertura, no serán cubiertas.

1.3.1. Cáncer

CARDIF 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 resaltar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer durante la vigencia de la póliza. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a CARDIF 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.



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. 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 ecg.
- Aumento de las enzimas cardiacas 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 del miocardio no están cubiertos. 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 cardiaca mostrados en las imágenes cardiacas 30 días después del procedimiento coronario.

1.3.3. 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 bypass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.

Nota: La enfermedad que da lugar a la cirugía de by pass coronario debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza. Del mismo modo la cirugía de by pass coronario debe llevarse a cabo dentro de la vigencia de la respectiva póliza.

1.3.4. 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.

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, 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 bajo este amparo.

La aseguradora pagará al beneficiario del seguro el valor asegurado, siempre y cuando la enfermedad diagnosticada no sea del tipo de las enfermedades excluidas en esta enfermedad.



1.3.6. 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, 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 este 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.

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.

Nota:

- 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 el asegurado, se deberá ejecutar 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.

1.3.7. 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".

La enfermedad debe estar certificada por un médico adscrito a la EPS o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado y acreditada con los exámenes de diagnóstico.

Nota: Solo se cubrirán estas siete (07) enfermedades, cualquier enfermedad distinta a las enunciadas en este amparo se entenderá por no cubierta

2. EXCLUSIONES.

2.1. Exclusiones Desempleo Involuntario

- (i) Renuncia, (ii) despido con justa causa, (iii) muerte del asegurado, (iv) expiración del término establecido en el contrato a término fijo, (v) terminación del contrato por obra o labor, (vi) contratos por prestación de servicio, (vii) suspensión del contrato de trabajo, (viii) contratos finalizados durante o al momento de finalización del periodo de prueba, (ix) relaciones laborales celebradas en el exterior, ejecutadas total o parcialmente y finalizadas en el exterior, (x) por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectúe pago alguno de bonificación o suma alguna, (xi) contratos de aprendizaje, (xii) cualquier contrato diferente a los enunciados en la cobertura de desempleo, (xiii) despidos que no impliquen el reconocimiento de una indemnización o bonificación.



2.2. Exclusiones Incapacidad Tota Temporal

- Licencias de maternidad y paternidad.
- Miembros de fuerzas militares.
- Enfermedades, accidentes o padecimientos que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como, cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado.

2.3. Exclusiones anexo de 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, displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III y las siguientes enfermedades específicas: policitemia vera y 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 tal o una clasificación equivalente, siempre y 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 una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

Esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera solicitud de reclamación presentada a la aseguradora por este concepto no será cubierta por este seguro.

- Tratándose de infarto al miocardio se encuentran excluidas de cobertura: La insuficiencia cardiaca, dolor torácico no cardiaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio.
- Tratándose de cirugía de bypass coronario se encuentran excluidas de cobertura los siguientes tratamientos y/o cirugías: la angioplastia con globo. otras técnicas que no requieren cirugía. están excluidos los siguientes procedimientos: 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.
- Tratándose de enfermedad cerebro-vascular se encuentran excluidas de cobertura: 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.
- Tratándose de insuficiencia renal crónica se encuentran excluidas de cobertura: La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria así como la insuficiencia renal singular no son cubiertas.
- Tratándose de esclerosis múltiple se encuentran excluidas de cobertura: Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

- Tratándose de trasplante de órganos: 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.

Otras exclusiones aplicables:

- suicidio, tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.
- uso o abuso intencional de drogas o alcohol de acuerdo con el manual de normas técnicas internacionales.
- 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 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 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 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.
- 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 que hayan sido conocidas o diagnosticadas al momento de la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico. así mismo, se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza.

2.4. Exclusiones Generales (Exclusiones aplicables a todas las coberturas)

- 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.
- 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.
- Enfermedades, accidentes o padecimientos que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio del presente seguro, así como, cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia.

3. DEFINICIONES

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

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

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 todos los amparos será el tomador.

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.

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

PERIODO DE CARENIA: 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. Ejemplo: el periodo de carencia para la cobertura de desempleo puede ser de 60 días contados a partir del inicio de la póliza. Este periodo estará establecido en las condiciones particulares.

PRIMA: Precio del seguro.

SINIESTRO: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.



4. EVENTOS A RECONOCER POR COBERTURA:

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal: Se reconoce un número ilimitado de eventos.
- Para la cobertura de Enfermedades Graves: Se reconoce un evento por el primer diagnóstico o el primer procedimiento de los 7 eventos cubiertos.

5. PERIODO DE CARENCIA

- Para las coberturas de Desempleo Involuntario e Incapacidad Total Temporal: 60 días
- Para la cobertura de Enfermedades Graves: 30 días.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 65 + 364 días
- Edad máxima de permanencia: 70 + 364 días

7. VALORES ASEGURADOS

Los valores asegurados serán los siguientes:

AMPARO	VALOR ASEGURADO
Desempleo Involuntario	6 cuotas mensuales del crédito otorgado por Banco Pichincha S.A. al asegurado, con un límite por cuota mensual de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4.000.000.00) o hasta el valor adeudado del crédito al momento de ocurrencia del evento objeto de cobertura.
Incapacidad Total Temporal	
Enfermedades Graves	12 cuotas mensuales del crédito otorgado por Banco Pichincha S.A. al asegurado, con un límite por cuota mensual de hasta cuatro millones de pesos m/cte (\$4.000.000.00) o hasta el valor adeudado del crédito al momento de ocurrencia del evento objeto de cobertura.

8. VIGENCIA DEL SEGURO

i) Vigencia Única:

Para créditos 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 y la suscripción de la respectiva solicitud de seguro. El seguro será de vigencia única y estará vigente hasta el vencimiento de la última cuota del crédito originalmente pactada o hasta el cumplimiento de la edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza. Por lo tanto, en esta cobertura no se incluyen las refinanciaciones, extensiones o ampliaciones de plazo y monto del crédito original.

Para créditos 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 en la cual el asegurado otorgue su consentimiento para celebrar el contrato de seguro con CARDIF. El seguro será de vigencia única y estará vigente hasta el vencimiento de la última cuota del crédito originalmente pactada o hasta el cumplimiento de la edad



máxima de permanencia del asegurado en la póliza. Por lo tanto, en esta cobertura no se incluyen las refinanciaciones, extensiones o ampliaciones de plazo y monto del crédito original.

ii) Vigencia Mensual.

Para créditos 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 y la suscripción de la respectiva solicitud de seguro, El seguro será de vigencia mensual y estará vigente hasta el vencimiento de la última cuota del crédito originalmente pactada o hasta el cumplimiento de la edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza. Por lo tanto, en esta cobertura no se incluyen las refinanciaciones, extensiones o ampliaciones de plazo y monto del crédito original.

Para créditos 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 en la cual el asegurado otorgue su consentimiento para celebrar el contrato de seguro con CARDIF. El seguro será de vigencia mensual y estará vigente hasta el vencimiento de la última cuota del crédito originalmente pactada o hasta el cumplimiento de la edad máxima de permanencia del asegurado en la póliza. Por lo tanto, en esta cobertura no se incluyen las refinanciaciones, extensiones o ampliaciones de plazo y monto del crédito original

9. VALOR DE LA PRIMA Y FORMA DE PAGO

9.1. VALOR DE LA PRIMA.

i) Vigencia única

La prima será única y será el resultado de multiplicar el valor de la cuota mensual del crédito por la duración del mismo y la tasa del seguro más IVA.

Por su parte la tasa del seguro corresponde a la siguiente:

TASA DEL SEGURO	
Prima única	
Tasa antes de IVA	3.31%
Tasa con IVA incluido	3.84%

ii) Vigencia mensual:

Para los casos de vigencias mensuales, el valor de la prima corresponderá a la multiplicación de la tasa del seguro por la cuota mensual del crédito.

Por su parte la tasa del seguro corresponde a la siguiente:

TASA DEL SEGURO	
Prima mensual	
Tasa antes de IVA	4.538%
Tasa con IVA incluido	5.265%



Nota: tenga en cuenta que CARDIF podrá modificar el valor de la prima dependiendo del comportamiento de siniestralidad, estas modificaciones pueden presentarse de manera anual. La modificación también se podrá realizar de manera anual conforme al incremento del IPC. Sí el valor de la prima es modificada CARDIF procederá a informarle dicha variación.

9.2. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA.

El pago de la prima será asumido por cada asegurado, este será incluido en el crédito celebrado entre la entidad financiera y el asegurado.

10. 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 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.

11. 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 pretenda solicitar la revocación del seguro, lo podrá realizar en cualquier momento, para ello será necesario que dirija a CARDIF su solicitud de revocación. En este caso, la cancelación será efectiva de manera inmediata y se devolverá la prima de los meses durante los cuales el seguro no va a estar vigente.

Nota: Para seguros de vigencia mensual, la revocación será a partir del mes siguiente.

12. 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 las coberturas descritas en este seguro será necesario que en cada reclamación se alleguen además del formulario de declaración de siniestro debidamente diligenciado y firmado por usted, la fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad y 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 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
 - Sí 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.
- II. Para Incapacidad Total Temporal



- Certificados y exámenes médicos, en original o copia, que acrediten la incapacidad total temporal por más de 15 días corrientes. 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 no serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.

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.)

Nota:

- 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.
- 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.

12.1. 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

Una vez enviada la documentación completa, CARDIF procederá a resolver la reclamación

13. 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 efectuó 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.

14. FECHA PARA EL PAGO DEL SINIESTO

CARDIF deberá pagar el siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que usted o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho.

15. 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 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.



**BNP PARIBAS
CARDIF**

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 la línea de atención 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 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.

16. 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. Luis Humberto Ustáriz González.
Correo Electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com
Telefax: 6108161 Y 6108164.
Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity
Horario de Atención: 8:00 A.M. A 6:00 P.M. Jornada Continua.

17. LINEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE.

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

- A nivel nacional:
- Bogotá D.C.

**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.