



**BNP PARIBAS
CARDIF**

**PÓLIZA SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL
TEMPORAL CON ANEXOS DE ENFERMEDADES GRAVES
CONDICIONES PARTICULARES**

CONDICIONES PARTICULARES

ÍNDICE

CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO DE DESEMPLEO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, ENFERMEDADES GRAVES

1. Coberturas

- 1.1. Desempleo Involuntario
- 1.2. Incapacidad total Temporal
- 1.3. Enfermedades Graves

2. Exclusiones

- 2.1. Desempleo Involuntario
- 2.2. Incapacidad total Temporal
- 2.3. Enfermedades Graves
- 2.4. Exclusiones generales

3. Definiciones

4. Protección de datos

5. Revocatoria unilateral

6. Documentos para la reclamación

- 6.1. Para Desempleo Involuntario
- 6.2. Para Incapacidad total Temporal
- 6.3. Para Enfermedades Graves

8. Pasos para realizar la reclamación

9. Declaración del asegurado sobre el estado del riesgo

10. Facultad de la devolución de la reclamación

11. Fecha para el pago del siniestro

12. Defensor del consumidor financiero

13. Línea de atención al cliente



DE CONFORMIDAD CON LAS DECLARACIONES EFECTUADAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO, EL CONTENIDO DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES, **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. Y RCI COLOMBIA S.A. COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO** HAN CONVENIDO CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO

1. COBERTURAS

1.1. DESEMPLEO 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 DICHS 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 QUIENES 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, (VII) PERSONAS VINCULADAS A TRAVÉS DE CONTRATOS POR OBRA O LABOR QUE AL MOMENTO DE SU TERMINACIÓN GENEREN EL PAGO DE UNA BONIFICACIÓN O LIQUIDACIÓN.

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	Nº DE PAGOS A REALIZAR
15 Días calendario consecutivos	1
45 Días calendario consecutivos	2
80 Días calendario consecutivos	3
110 Días calendario consecutivos	4
140 Días calendario consecutivos	5
170 Días calendario 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 QUIENES 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 QUE RECIBAN UN INGRESO ADICIONAL AL DE SU MESADA PENSIONAL PROVENIENTE DE ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL, (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 QUE NO SEAN CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE DESEMPLEO, (VII) MICROEMPRESARIOS.

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.

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, ANGIOPLASTIA 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 CARDIACAS TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO CORONARIO.

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.

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.

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 MÉDICAMENTE NECESARIA, POR UN NEFRÓLOGO CERTIFICADO.

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 DÉTERIORO 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.

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.

2. EXCLUSIONES

2.1. DESEMPLEO INVOLUNTARIO

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA?

(I) RENUNCIA, (II) DESPIDO CON JUSTA CAUSA, (III) MUERTE DEL ASEGURADO, (IV) EXPIRACIÓN DEL TÉRMINO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO A TÉRMINO FIJO, (V) CONTRATOS POR OBRA O LABOR QUE AL MOMENTO DE SU TERMINACIÓN NO IMPLIQUEN EL PAGO DE UNA BONIFICACIÓN O LIQUIDACIÓN, (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, (XIV) TRABAJADORES DE SU PROPIA EMPRESA, Y (XV) TERMINACIÓN DE RELACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

2.2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA?

- 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.

2.3. ENFERMEDADES GRAVES

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA?

2.3.1. CÁNCER: (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 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 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 CARENANCIA.

2.3.2. INFARTO DEL MIOCARDIO: (I) LA INSUFICIENCIA CARDIACA, (II) DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO, (III) ANGINA, (IV) ANGINA INESTABLE, (V) MIOCARDITIS, PERICARDITIS Y (VI) LESIÓN TRAUMÁTICA AL MIOCARDIO.

2.3.3. CIRUGÍA DE BYPASS CORONARIO: 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: 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 NERVIÓ 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 NERVIÓ ÓPTICO O RETINA.
- TRASTORNOS ISQUÉMICOS DEL SISTEMA VESTIBULAR.
- EMBOLIA CEREBRAL SILENTE ASINTOMÁTICA ENCONTRADA EN IMÁGENES

1.3.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA REVERSIBLE CON DIÁLISIS RENAL TEMPORARIA ASÍ COMO LA INSUFICIENCIA RENAL SINGULAR.

1.3.6. ESCLEROSIS MÚLTIPLE: 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: 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.
- ENFERMEDADES CUBIERTAS 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.-PREEXISTENCIAS.
- 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
- 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 CARENIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, INDEPENDIEMENTE DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU PRIMER DIAGNÓSTICO.
- SE EXCLUYEN DIAGNÓSTICOS REPETIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.4. EXCLUSIONES GENERALES

- 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, PARACIDISMO, ALAS DELTA, PARAPENTE, BUNJEE 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 CARENIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, INDEPENDIEMENTE 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.

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.

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. 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 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 afin, 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 transmitir sus datos personales con terceros a nivel nacional o internacional. Esta transferencia o transmisión 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 COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** 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 COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** 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.

5. REVOCATORIA UNILATERAL

El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes ("Por **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** o por el asegurado").

En el caso en que **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** 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 que dirija a **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** su solicitud de revocación. Lo podrá realizar en cualquier momento, para ello será necesario que se dirija a cualquier oficina. En este caso, la cancelación será efectiva a partir del mes siguiente a su solicitud de revocación.

6. 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:

7.1. 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.

7.2. 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 no serán tenidos en cuenta dentro de la reclamación.
- Certificado de vinculación al sistema de seguridad social del mes inmediatamente anterior.

7.3. 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.)

Importante: CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. 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 envió vía email a: clientesrci@renault.com, 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.

7. 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 los siguientes medios:

- Comuníquese a las líneas de servicio al cliente en Bogotá al 7455429 a nivel nacional 01 8000 180618 y/o las líneas del Call Center de **RCI COLOMBIA S.A. COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO** a nivel nacional 018000411180
- Envíe vía email a: atencionalcliente@cardif.com.co y/o clientesrci@renault.com

8. 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 riesgo ¹, según el cuestionario que le sea propuesto por **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.** Si usted oculta o proporciona información inexacta sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**, lo hubieren detenido de celebrar el seguro o inducido a aumentar el valor de la prima, se producirá la nulidad relativa ² de este seguro.

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

9. 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 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.

10. FECHA PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

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

11. 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 Bogotá D.C.

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

12. LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE

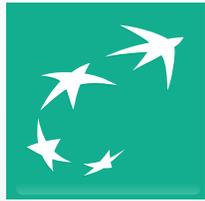
Cualquier inquietud o duda, por favor comuníquese a las líneas de servicio al cliente en Bogotá al 7455429 a nivel nacional 01 8000 180618 o correo electrónico atencionalcliente@cardif.com.co o a las líneas del Call Center de **RCI COLOMBIA S.A. COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO** a nivel nacional 018000411180 y/o al correo clientesrci@renault.com.



Firma Autorizada **CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.**
NIT: 900.200.435-3

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

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



**BNP PARIBAS
CARDIF**