

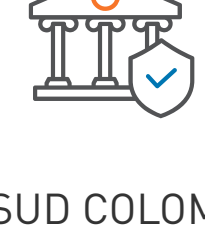


Términos y condiciones – Seguro Voluntario Cáncer y Accidentes Personales

1. Actores del seguro



Tomador:



CENCOSUD COLOMBIA S.A.
NIT 900.155.107-1.

Aseguradora:



CARDIF COLOMBIA SEGUROS
GENERALES S.A. NIT
900.200.435-3

Asegurado:



Persona que compra el seguro y es el beneficiario de todas las coberturas del seguro.

Beneficiarios:



- ✓ Para la cobertura de Primer Diagnóstico de Cáncer, Incapacidad Total Permanente Accidental y Renta Diaria por Hospitalización por Accidente: EL ASEGURADO.
- ✓ Para la cobertura de Muerte accidental: Los beneficiarios serán los designados por el Asegurado o los de ley.

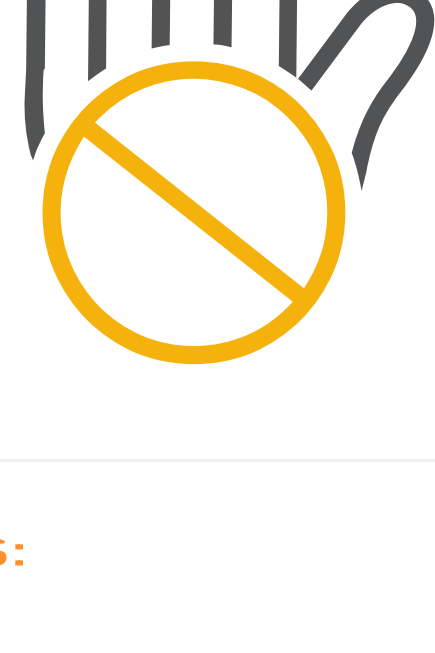
2. Interés asegurable:

Para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente Accidental será efectiva siempre y cuando la causa de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE sea accidental y el accidente se presente después de la contratación de la póliza.

Para la cobertura de Muerte Accidental aplica si usted tiene entre 18 años y 65 años + 364 días de edad, la causa de la muerte es accidental y el accidente se presenta después de la contratación de la póliza.

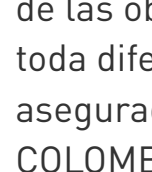
Para la cobertura de Cáncer aplica solamente para el primer diagnóstico, siempre y cuando este diagnóstico sea posterior al inicio de cobertura de este amparo

3. Exclusiones principales:



- ✓ Aplica para todas las coberturas:
 - i) 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.
 - ii) 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 con otro país.
 - iii) Suicidio o intento de suicidio los primeros seis (6) meses de vigencia del seguro.

4. Responsabilidades:



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. Asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero. Dado lo anterior, toda diferencia sobre cualquier aspecto del seguro por parte del asegurado, se resolverá entre el mismo asegurado, la aseguradora y SCOTIABANK COLPATRIA S.A. sin responsabilidad alguna de CENCOSUD COLOMBIA S.A. Este producto es ofrecido en los establecimientos de CENCOSUD COLOMBIA S.A. limitándose única y exclusivamente al correcto cumplimiento de las instrucciones debidamente impartidas por CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., para la prestación del servicio por parte de CENCOSUD COLOMBIA S.A. el cual no actúa como intermediario de seguros ni como compañía aseguradora. Recuerda que este producto de seguros es totalmente voluntario y no es en ningún caso una condición para solicitar otro producto del banco como tarjeta de crédito, créditos de consumo, cuentase ahorro, entre otros.



5. Vigencia del seguro:

El recaudo de la prima del seguro será mensual y la vigencia sera anual.



5.1 Inicio de la cobertura

- ✓ Cuando el cliente autorice la contratación del seguro con la emisión de la tarjeta de crédito, el seguro iniciará su vigencia en el momento de la activación del plástico por parte del Banco. Para tarjetas de crédito en las que el cliente autorice la contratación del seguro con posterioridad a la emisión del plástico, el seguro iniciará su vigencia en el momento en que el asegurado manifieste el consentimiento para suscribir el mismo.

5.2 Duración del seguro

- ✓ De acuerdo con el plan contratado la prima del seguro será de vigencia mensual con recaudo mensual, o vigencia anual con recaudo anual.
- ✓ El seguro estará vigente hasta que aplique alguna de las causales de cancelación enunciadas en el numeral 8 "TERMINACIÓN DEL SEGURO".

6. Renovación del seguro:

Anualmente el seguro será renovado de forma automática por un periodo igual al inicialmente pactado y el valor de la prima se incrementará hasta el porcentaje (%) equivalente al índice de precios al consumidor (IPC) certificado por el DANE para el año calendario inmediatamente anterior.

La cancelación del seguro voluntario se puede realizar mediante nuestras líneas de atención al cliente:



01 8000 96 7967
a nivel nacional



745 5552
en Bogotá marcando la **opción 4**



7. Forma de pago del seguro:



- ✓ La prima corresponderá al valor del plan contratado, el recaudo de la misma se efectuará con la frecuencia mensual o anual establecida en la vigencia y el cliente lo verá reflejado en el extracto del producto financiero emitido por el Banco.
- ✓ El asegurado tendrá un periodo de sesenta (60) días corrientes para efectuar el pago de la prima, contados a partir del momento del inicio de vigencia del seguro.
- ✓ El pago de la prima estará cargado al producto financiero emitido por SCOTIABANK COLPATRIA S.A., y será asumido por el asegurado dentro de su plan de pagos o extracto que le suministre la entidad para tal fin.

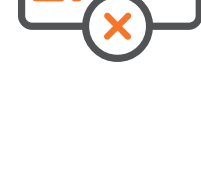
La mora en el pago del seguro, producirá la terminación automática del contrato.

8. Terminación del seguro:

El seguro podrá terminar y/o no renovar por cualquiera de las siguientes causas:



Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del asegurado, para ello será necesario que dirija a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. su solicitud de revocación.



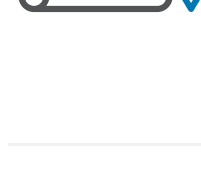
Cancelación del producto financiero seleccionado para cargar y/o debitar el pago de la prima del seguro, si así lo solicita el asegurado.



Muerte o Incapacidad Permanente del asegurado.



Cuando el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el seguro.



Mora en el pago de la prima.

9. Periodo de carencia:

Para las coberturas de Muerte Accidental, Incapacidad Total y Permanente Accidental, Gastos Medicos en el Exterior no se establece periodo de carencia, están activas desde el momento de la compra del seguro.

Para la cobertura de Diagnóstico de Cáncer se establece un periodo de 90 días a partir de la fecha de la compra del seguro.

Para la cobertura de renta por hospitalización se tiene un periodo de carencia de mínimo 24 horas.



10. Declaraciones:



- ✓ Declaré expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y CENCOSUD COLOMBIA S.A., conozco y acepté las condiciones del presente seguro.
- ✓ Declaré que soy mayor de 18 años y menor de 65 años y 364 días.
- ✓ Manifiesté expresamente mi deseo de adherirme al contrato de seguro firmado entre CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y CENCOSUD COLOMBIA S.A., conocí, cumplí y acepté las condiciones del presente seguro.
- ✓ Manifiesté expresamente que me han explicado el detalle de las coberturas y exclusiones que están contenidas en el condicionado, así como el mecanismo y canales disponibles donde puedo consultarlas.
- ✓ Declaré que no he sido rechazado por alguna compañía de seguros al presentar una solicitud de seguros de vida, salud, o enfermedades graves.
- ✓ Declaro que no he sido diagnosticado ni padezco de ningún tipo de cáncer.
- ✓ Declaré que las manifestaciones contenidas en este documento son exactas, completas, verídicas y por lo tanto, cualquier reticencia, error u omisión en la información suministrada; tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio. He sido informado que en el caso que incurra en reticencia, error u omisión en la información suministrada para la adquisición del seguro generará la nulidad relativa del seguro.
- ✓ Manifiesté que mis actividades económicas son legales y lícitas.

11. Autorizaciones:

- ✓ Autoricé expresamente para los fines de la contratación del seguro a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y a CENCOSUD COLOMBIA S.A. para efectuar todo tratamiento de mi información personal, necesario para el cumplimiento de los deberes legales y contractuales de las partes, 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 solicitado o para cualquier operación que le resulte afín, complementada 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. Autoricé transferir y transmitir mis datos personales con terceros a nivel Nacional e internacional. Esa transferencia o transmisión se presentará cuando sea necesaria en el presente seguro. Autoricé el tratamiento de mis datos sensibles, siempre que los mismos resulten indispensables para el desarrollo del contrato de seguro; conozco que la revelación de estos datos sensibles es facultativa. Conozco que me asisten los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y las normas que regulan la materia. Para mayor información consulte las políticas y condiciones a través de la página web www.bnpparibascardif.com.co enlace "Privacidad".

- ✓ Autoricé las condiciones de prima y cobertura del seguro señaladas en la presente solicitud de seguro.

- ✓ Autoricé la renovación automática de la vigencia del seguro.

- ✓ Autoricé a la compañía a incrementar la suma asegurada y por ende ajustar la prima cada doce (12) meses, hasta el porcentaje (%) equivalente al Índice de Precios al Consumidor (IPC) establecido por el DANE para todo el territorio nacional para el año inmediatamente anterior.

- ✓ Autoricé a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., para cargar a mi Tarjeta de Crédito el valor correspondiente a la prima de éste seguro. En caso de cambio de la tarjeta de crédito por robo, extravío, deterioro de la misma o cualquier otra causa, autoricé a la aseguradora para que el valor de la prima sea cargado a mi nueva tarjeta de crédito. Será mi responsabilidad mantener cupo disponible en la tarjeta de crédito designada, hasta el momento en que se verifique efectivamente el pago de la prima.

- ✓ IGUALMENTE AUTORIZO A SCOTIABANK COLPATRIA S.A., EN CASO DE QUE EL PRODUCTO INDICADO EN LA PRESENTE SOLICITUD NO PUEDA SER DEBITADO, SE DESCUENTE EL VALOR DE ESTE SEGURO DE CUALQUIERA DE MIS PRODUCTOS VIGENTES CON SCOTIABANK COLPATRIA S.A., INCLUYENDO DEPÓSITOS Y CUPOS AUTORIZADOS.

- ✓ Autoricé a SCOTIABANK COLPATRIA S.A. para que, cuando haya devolución de prima no devengada, éste valor sea abonado al producto financiero sobre el cual se realizó el recaudo o se haga el abono a uno de los productos que tenga vigente con la entidad financiera. En caso de no tener activo algún producto, se solicitará al cliente la certificación de un producto financiero para hacer la devolución.

- ✓ Autoricé a CENCOSUD COLOMBIA S.A. para que cuando sea beneficiario del seguro efectúe la reclamación ante la compañía de seguros en caso de siniestro, reciba la indemnización y la aplique a la obligación financiera.

- ✓ Autoricé a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., para pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva.

- ✓ Autoricé a CENCOSUD COLOMBIA S.A. para realizar la destrucción del presente documento en caso de que el producto financiero objeto del seguro no sea aprobado por esta entidad.

- ✓ Autoricé a que mi información relacionada con el SARLAFT y que repose en el formulario y documentos suministrados a CENCOSUD COLOMBIA S.A. pueda ser compartida por dicha entidad con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. para los fines relacionados con el presente contrato de seguro.

- ✓ Autoricé a CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. y CENCOSUD COLOMBIA S.A. para que a través de WhatsApp u otros medios de comunicación digital tales como: correo electrónico y/o mensajes de texto me suministren información referente a mi seguro y me contacten para cualquier proceso posventa como la atención de siniestros, PQR, entre otros.

- ✓ Acepté que el(los) seguro(s) es(son) adquirido(s) de manera voluntaria y el otorgamiento del producto bancario solicitado no esta condicionado a la adquisición del(los) seguro(s) aceptado(s) libremente con la presente solicitud.

- ✓ Con la suscripción del presente documento declaré que autoricé expresa e inequívocamente el tratamiento de mis datos personales y mi estado de salud, los cuales tienen carácter sensible, con el fin de establecer los hechos o circunstancias que determinen el pago de la póliza, el estado del riesgo, el silencio o la inexactitud sobre hechos o circunstancias declaradas; así mismo declaré que fui enterado que aunque el suministro de estos datos es facultativo la presente autorización es necesaria para poder tomar la póliza teniendo en cuenta la naturaleza jurídica de la misma. Conocí que tengo derecho a conocer, rectificar, actualizar mis datos personales siempre que no medie una obligación legal o contractual y que los canales de atención son: en Bogotá

745 o a nivel 01 .
5552 nacional 8000
96
7967



12. Atención al consumidor financiero:

- ✓ Para conocer cómo tramitar cualquier solicitud, ejercer sus derechos para el tratamiento de sus datos personales, queja o reclamo por favor comunicarse con la línea de atención al cliente:

- ✓ Para conocer el proceso en caso de un siniestro, comuníquese con las líneas locales de atención al cliente:

- ✓ De conformidad con lo establecido en el Artículo 1048 del Código de Comercio, usted tiene derecho a solicitar copia de la póliza y sus condiciones. En caso de requerirlo, por favor comunicarse con las líneas locales de atención al cliente:



01 8000 96 7967 a nivel nacional



745 5552 en Bogotá

- ✓ Para radicar o conocer el estado de un siniestro, escribanos a la línea de atención:

WhatsApp

312 510 4906

o comuníquese con nuestras líneas de atención al cliente en cada ciudad y o a nivel nacional.

- ✓ Datos del Defensor del Consumidor Financiero:



Defensor principal:

José Federico Ustáriz González



Defensor suplente:

Ana María Giraldo



defensoriacardif@ustarizabogados.com



6108161 y 6108164



**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.**