

Señor asegurado, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro que adquirió. Esta póliza se compone de las presentes Condiciones y la Solicitud de Seguro.

IMPORTANTE

LAS COBERTURAS VARIAN DEPENDIENDO EL PLAN CONTRATADO, PUEDE QUE SU PÓLIZA NO CUENTE CON TODOS LOS AMPAROS RELACIONADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO. POR FAVOR CONFIRME CON EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

1. COBERTURAS

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

¿Qué me cubre? Si durante la vigencia de la póliza usted muere por cualquier causa no excluida, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.

1.2. MUERTE ACCIDENTAL

¿Qué me cubre? Si durante la vigencia de la póliza usted muere a consecuencia de un accidente, se reconocerá a favor de sus beneficiarios designados o los de ley, el pago del valor asegurado.

IMPORTANTE

- Se cubre la muerte del asegurado que ocurra dentro de los 180 días calendario siguientes a la ocurrencia del accidente.
- El accidente debe ocurrir dentro de la vigencia del seguro

1.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

¿Qué me cubre? Si usted sufre una incapacidad total permanente por cualquier causa no excluida, se reconocerá el pago del valor asegurado. Esta incapacidad deberá estar fundamentada en un dictamen de calificación de invalidez emitido por la EPS o ARL, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez u Organismo competente según el régimen aplicable, y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).

IMPORTANTE

Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, la fecha de estructuración determinada en el dictamen de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional. Además, esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.

1.4. RENTA DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

¿Qué me cubre? Se pagará al beneficiario del seguro una renta diaria por hospitalización, hasta por 30 días, si el asegurado es internado en una clínica u hospital por cualquier causa. Este amparo tiene un (1) día de deducible.

IMPORTANTE

- El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas. La causal del accidente debe acaecer o ser diagnosticada dentro de la vigencia del seguro.

1.5. RENTA DIARIA DE HOSPITALIZACIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

¿Qué me cubre? Se pagará al beneficiario del seguro una renta diaria por hospitalización, hasta por 30 días, si el asegurado es internado en la unidad de cuidados intensivos de una clínica u hospital. Este amparo tiene un (1) día de deducible.

IMPORTANTE

- El periodo de hospitalización debe ser superior a 24 horas. La causal del accidente debe acaecer o ser diagnosticada dentro de la vigencia del seguro.

1.6. DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES

¿Qué ME cubre? ? Usted recibirá el pago del valor asegurado, si dentro de la vigencia del seguro es diagnosticado con alguna de las siguientes Enfermedades Graves o le es practicado alguno de los siguientes procedimientos.

1. Cáncer

¿Qué me cubre? Cáncer maligno (independiente de su localización o etapa) dentro de la vigencia de este seguro. El diagnostico debe ser debe ser realizado por un médico licenciado en Colombia, confirmado por una biopsia o examen diagnóstico que certifique positivamente la presencia del cáncer maligno.

¿Qué NO me cubre?

1	Quando se le haya diagnosticado el cáncer maligno antes de ingresar a este seguro. Así mismo, no se cubrirán las metástasis originadas a partir de un cáncer diagnosticado antes del inicio de la vigencia de este seguro
2	Policitemia Vera, Trombocitemia esencial, condilomas planos, Displacías
3	Todo cáncer de piel maligno diferente al Melanoma

2. Infarto Agudo de Miocardio, comúnmente conocido como Infarto al Corazón
3. Cirugía de Angioplastia Coronaria o Revascularización Cardíaca
4. Accidente Cerebrovascular Isquémico y/o Hemorrágico
5. Insuficiencia Renal Crónica total e irreversible de uno o ambos riñones que implique tratamiento asociado de hemodiálisis y/o diálisis peritoneal
6. Esclerosis Múltiple
7. Trasplante de Órganos Mayores

IMPORTANTE

- Solo cubrimos diagnósticos a partir del día 91 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Su diagnóstico debe ser emitido por tu EPS, SISBEN, ARL, Medicina Prepagada o Póliza de Salud, respaldado con historia clínica y soportes diagnósticos.

2. EXCLUSIONES ¿QUE NO ME CUBRE?

2.1. ¿QUE NO ME CUBRE EN NINGUNA DE LAS COBERTURAS ?

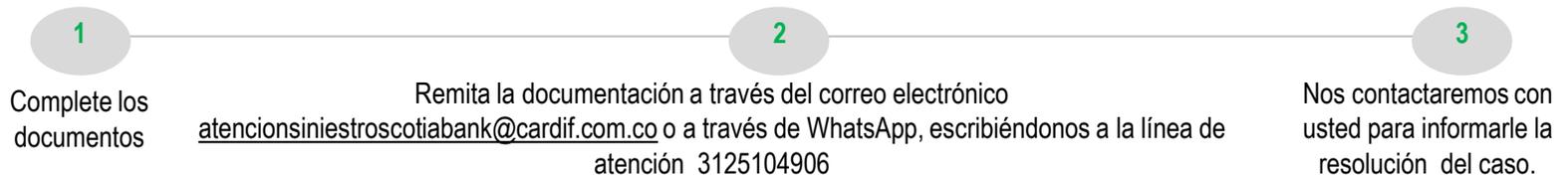
- Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión de combustible nuclear, radioactividad, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.
- Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado, actos terroristas, conmociones civiles, asonadas, disturbios, 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.
- Suicidio e intento de suicidio dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia del seguro.
- Enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la vigencia del seguro.

3. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

El reclamante está obligado a probar la ocurrencia y cuantía del siniestro. Para el efecto, sugerimos presentar los siguientes documentos, para cada una de las coberturas, sin perjuicio de otros que considere pertinentes o que la aseguradora pueda solicitar documentación adicional.

MUERTE ACCIDENTAL/MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN/UCI
<ul style="list-style-type: none"> • Registro civil de defunción • Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique causa, fecha del accidente y datos del asegurado (Necropsia) • Informe oficial de muerte y toxicólogo • Historia clínica. 	<p>Dictamen de pérdida de capacidad Laboral de la junta regional o nacional de calificación en el que conste causa de la invalidez % de invalidez y descripción de la disminución</p>	<p>Original o copia de historia clínica o epicrisis con fecha de ingreso y egreso de la hospitalización.</p>
<h3>ENFERMEDADES GRAVES</h3>		
<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Resultados de estudios anatomopatológicos o histológicos del tejido correspondiente tomado mediante biopsia 		

4. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN



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