SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CON INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL, ENFERMEDADES GRAVES Y ASISTENCIA TELEMEDICINA/VIDEO DOCTOR

CLIENTES CREDICOMPRAS EXITO
CONDICIONES

Señor asegurado, CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. lo invita a conocer las condiciones del seguro adquirido por usted:
EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ART. 184 DEL EOSF Y DEMÁS NORMAS CONCORDANTES, CADA UNA DE LAS EXCLUSIONES SERÁN ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA

1. COBERTURAS

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

¿Cuál es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en los cuales el asegurado muera por cualquier causa.

¿Qué características tiene esta cobertura?

1	Únicamente se cubren los deudores mayores de 18 años y menores de 90 años.	4	El asegurado debe fallecer dentro de la vigencia de la póliza.
2	Incluye suicidio y homicidio desde el inicio de vigencia de la póliza.	5	Incluye muerte por SIDA o VIH.
3	Se requiere que exista un saldo insoluto en la deuda del crédito otorgado por TUYA S.A., a la fecha del siniestro, para que se pueda proceder a realizar la respectiva indemnización.	6	Se cubre muerte por enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado, siempre y cuando el crédito sea inferior a 150 SMLMV y el asegurado sea menor a 90 años.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

¿Cual es el objetivo de esta cobertura? Reconocer a favor del beneficiario la suma asegurada, en aquellos casos en que el asegurado sufra una incapacidad total permanente a consecuencia de una enfermedad, accidente o lesión. Esta incapacidad deberá estar sustentada en un dictamen de invalidez emitido por parte de los Profesionales (ARL), Entidad Promotora de Salud (EPS), por la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual se encuentra afiliado, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de calificación de Invalidez o por médico habilitado legalmente para ello (Especialista en medicina laboral o salud ocupacional), y la cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%).

¿Qué características tiene esta cobertura?

1	Al momento de presentarse la reclamación, se considerará como fecha de ocurrencia del siniestro, la fecha determinada en el dictamen como fecha de estructuración.	4	Esta incapacidad deberá soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y los exámenes de ayuda diagnóstica los cuales puedan corresponder a antes o después de la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral.
2	Se incluye VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), y terrorismo desde el inicio de la vigencia de la póliza.	5	Incluye tentativa de suicidio y homicidio desde el momento mismo en que se inicia la cobertura individual para cada asegurado.
3	Se cubren las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado, siempre y cuando el crédito sea inferior a 150 SMLMV y el asegurado sea menor a 90 años.	6	Se cubre invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad causada por, pero no limitada a: • El uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la Tripulación. • Reclamaciones que sean consecuencia de accidentes por la utilización de o práctica de: motociclismo, cuatrimotos, parapente, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, paracaidismo, escalaje de montañas, ski en el hielo, buceo, artes marciales, boxeo y deportes o actividades denominadas de alto riesgo y/o extremos.

1.3. 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, bajo las siguientes circunstancias:

¿Qué características tiene esta cobertura?

a) El asegurado debió haber tenido un contrato a término fijo o indefinido con su empleador.
b) Haber completado más de 6 meses o 180 días continuos trabajando. En casos de cambio de empleo, se tendrá en cuenta el término de 6 meses o 180 días continuos siempre y cuando el cambio de un empleo a otro no supere 8 días calendario y el asegurado no haya sido despedido del primero de dichos empleos.
c) Al momento de la terminación de su relación laboral, se le debió haber reconocido el pago de una bonificación o indemnización.
d) Una vez presentada una reclamación por desempleo deben transcurrir nuevamente 6 meses como empleado para poder presentar una nueva reclamación.

¿A quienes ampara esta cobertura?

a) Persona que haya estado vinculado mediante contrato de trabajo y se produzca una terminación sin justa causa y en razón de la cual haya recibido una indemnización o bonificación al momento del despido o del mutuo acuerdo.
b) Empleados con contrato verbal.
c) Empleados con contrato de obra o labor contratada, superior a un año (para este no se exige indemnización por terminación de contrato).
d) Fuerzas militares.
e) Personas con cargos en carrera administrativa, trabajadores oficiales, trabajadores de libre nombramiento o remoción y personas contratadas en provisionalidad, cuyo retiro no ha sido generado por el asegurado y se encuentre contenido en un acto administrativo.
f) Trabajadores oficiales cuyo retiro no haya sido generado por el asegurado.

IMPORTANTE Únicamente se cubre la pérdida del trabajo que ocurra a partir del día 31 desde el inicio de la vigencia de este seguro.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO (EXCLUSIONES)?

1	Renuncia o despido con justa causa.	9	Muerte del asegurado.
2	Suspensión del contrato de trabajo.	10	Contratos por obra o labor inferiores a un año.
3	Expiración del término establecido en el contrato a término fijo.	11	Contratos finalizados durante o al momento de finalización del periodo de prueba.
4	Relaciones laborales celebradas en el exterior, ejecutadas total o parcialmente y finalizadas en el exterior.	12	Por mutuo consentimiento entre el trabajador y el empleador sin que se efectué pago alguno de bonificación o suma alguna.
5	Contratos de aprendizaje.	13	Cualquier contrato diferente a los enunciados en la cobertura de desempleo.
6	Despidos que no impliquen el reconocimiento de una indemnización o bonificación.	14	No se incluyen en este amparo personas cubiertas bajo el amparo de incapacidad total temporal.
7	Trabajadores de su propia empresa.	15	Contratos por prestación de servicios y hechos ciertos.
8	Para los contratos en provisionalidad no se cubre la terminación con ocasión al nombramiento en propiedad del cargo en carrera administrativa ni por la terminación del servicio prestado.	16	Pensionados que no perciban un ingreso adicional a su mesada pensional.
17	Trabajadores independientes.		

1.4. 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. Para recibir el pago indemnizatorio, el siniestro debe ocurrir después del día 31 de iniciada la vigencia el seguro.

¿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 pre pagada, 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.
- Se cubren las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado, siempre y cuando el crédito sea inferior a 150 SMLMV y el asegurado sea menor a 90 años.
- La indemnización se realizará de acuerdo con la siguiente tabla de días de incapacidad y el valor de cuotas a indemnizar será el estipulado en el numeral 5 del presente condicionado:

DÍAS DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL CERTIFICADA	# DE CUOTAS MENSUALES A APLICAR
DESDE 15 – HASTA 104 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3
DESDE 105 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS EN ADELANTE	9

IMPORTANTE

- Si el asegurado presenta una nueva incapacidad total temporal dentro de los cinco (5) 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 cinco (5) días desde la última incapacidad total temporal reportada, la nueva incapacidad se tomará como un nuevo evento.
- Cuando un procedimiento estético se da como resultado de un accidente o de una enfermedad cubierta por la póliza, se cubrirá la indemnización.
- El amparo aplica únicamente sí el crédito presenta deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro.

¿A quiénes ampara esta cobertura?

- La cobertura de Incapacidad aplica únicamente para independientes; es decir, ampara a toda persona que realice una actividad económica o preste sus servicios profesionales de manera personal por su cuenta y riesgo, y que NO se encuentre vinculado a un empleador mediante vinculación laboral a (i) término indefinido, (ii) término fijo, (iii) tampoco cubre 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 ampara también a (i) amas de casa, (ii) estudiantes, (iii) pensionados, (iv) personas contratadas bajo la modalidad de prestación de servicios, (v) contrato de obra o labor inferior a un año, (vi) personas contratadas bajo la modalidad de contratos en misión, (vii) microempresarios y (viii) contratistas.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL (EXCLUSIONES)?

1	Licencias de maternidad o licencias de paternidad.	2	Personas cubiertas bajo el amparo de desempleo.	3	Contratos de provisionalidad e integrantes de fuerzas militares y de policía.
4	Enfermedades, lesiones, padecimientos o tratamientos médicos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del seguro siempre y cuando el asegurado no lo haya declarado y los cuales no se encuentren dentro del amparo automático del seguro (150 SMMLV), así como cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia.			5	Los eventos o situaciones generados como consecuencia de Intento de suicidio.
6	Hechos ciertos.				

1.5. 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 cualquiera de las catorce (14) 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.
- Solo te cubrimos diagnósticos a partir del día 31 desde el inicio de vigencia de este seguro.
- Se cubren las enfermedades preexistentes que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado, siempre y cuando el crédito sea inferior a 150 SMLMV y el asegurado sea menor a 90 años.

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

Se entiende por cáncer, la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas de crecimiento y expansión incontrolado y la invasión local y destrucción directa de tejidos, o metástasis; o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios. Incluye entre ellos los diversos tipos de linfomas y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico licenciado en Colombia, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico ("biopsia") que confirme positivamente la presencia de un cáncer.
Cabe resaltar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer durante la vigencia de la póliza, esto incluye las metástasis de esta primera manifestación. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a CARDIF no será cubierta por este seguro.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE CÁNCER (EXCLUSIONES)?

1	Cánceres de piel, con excepción del melanoma maligno.	4	Todos los tumores descritos histológicamente como benignos, pre malignos con potencial bajo de malignidad, o no invasivos.
2	Virus del papiloma humano.	5	Condilomas planos.
3	Displasias cervicales NIC I, NIC II y NIC III.	6	Policitemia vera y trombocitopenia esencial.
7	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.	10	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.
8	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.	11	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.
9	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.	12	Todo tipo de cáncer que sea una recurrencia o metástasis de un tumor presentado por primera vez dentro del período de carencia.

1.5.2 Infarto al 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.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE INFARTO AL MIOCARDIO (EXCLUSIONES)?

1	La insuficiencia cardiaca.	4	Dolor torácico no cardiaco.
2	Angina.	5	Angina inestable.
3	Miocarditis y Pericarditis.	6	Lesión traumática al miocardio.

1.5.3 Cirugía de Bypass Coronario: Es la cirugía de una o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

IMPORTANTE

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

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA CIRUGIA DE BYPASS CORONARIO (EXCLUSIONES)?

1	La angioplastia de globo y otras técnicas que no requieren cirugía.	3	La cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.
2	La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), cateterismo cardiaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales.		

1.5.4 Enfermedad Cerebrovascular: Corresponde a la embolia cerebral que es definida como un incidente cerebrovascular que tiene por resultado la muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal, o debido a un embolismo o trombosis en un vaso intracraneal. La hemorragia subaracnoidea también está cubierta bajo esta definición. La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique una lesión cerebral “de tipo vascular", dentro de un plazo de setenta y dos (72) horas antes de dicha hospitalización.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (EXCLUSIONES)?

1	Migraña.	7	Lesión cerebral causada por un traumatismo o hipoxia.
2	Enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico.	8	Las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.
3	Accidentes cerebro vasculares post-traumáticos.	9	Ataques isquémicos transitorios (AIT).
4	Daño cerebral debido a un trauma o lesión, infección, vasculitis, enfermedad inflamatoria o migraña.	10	Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten la vista, incluyendo infarto del nervio óptico o retina.
5	Trastornos isquémicos del sistema vestibular.	11	Embolia cerebral silente asintomática encontrada en imágenes.
6	Enfermedades cerebrovasculares transitorias isquémicas.		

1.5.5 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.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (EXCLUSIONES)?

1	La insuficiencia renal aguda reversible con diálisis renal temporaria.	2	Insuficiencia renal singular.

1.5.6 Esclerosis Múltiple: Para los efectos de esta cobertura se entiende por esclerosis múltiple la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirme al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado, evidenciadas por síntomas típicos de afectación de las funciones sensoriales y motoras y cuya progresión haya producido deterioro incapacitante significativo en las funciones básicas y esenciales para la independencia, pero que no lleven necesariamente al asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EXCLUSIONES)?

1	Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico.	2	Infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

1.5.7 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.

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.
- En el caso que ya se haya realizado el trasplante, este deberá ser certificado por el médico que lo practicó, quien debe poseer licencia permanente y válida para practicar la medicina y esta clase de intervenciones quirúrgicas.
- La enfermedad que da lugar al trasplante de órganos mayores debe diagnosticarse dentro de la vigencia de la presente póliza.
- El trasplante de órgano del cual sea candidato o ya se haya practicado el asegurado, deberá ejecutarse de acuerdo con las normas de donación y trasplante de órganos establecidos en Colombia.
- Los documentos presentados por el asegurado en su reclamación, deberán contener los soportes médicos respectivos.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES (EXCLUSIONES)?

1	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.	2	Trasplante autólogo de médula.

1.5.8 Quemaduras Graves (Gran Quemado): Quemaduras de tercer grado que cubran al menos un 20% del área de superficie del cuerpo del asegurado. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de la carta de LUND BROWDER o un calculador equivalente de áreas corporales quemadas.

1.5.9. Estado de coma: Estado de inconsciencia sin reacciones o respuestas a estímulos externos o necesidades internas, persistiendo continuamente con el uso de sistemas de soporte de la vida por un periodo de al menos 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses.

1.5.10. Anemia aplástica: Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

a. Transfusión de productos de sangre.
b. Estimulantes de la médula ósea
c. Agentes inmunosupresores.
d. Trasplante de médula ósea.

1.5.11. Traumatismo mayor de cabeza: Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los tests neuroradiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro). El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

1.5.12. Enfermedad de Alzheimer: Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

1.5.13. Leucemia: Es el cáncer en la sangre que comienza en la médula ósea, el tejido blando que se encuentra en el centro de los huesos, donde se forman las células sanguíneas.

1.5.14 Enfermedad de Parkinson primaria o idiomática: Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiomática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas), confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

¿QUÉ SITUACIONES O EVENTOS NO AMPARA ESTA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES (EXCLUSIONES)?

1	Tentativa de suicidio, lesiones, padecimientos o enfermedades intencionalmente causadas o auto infligidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.	6	Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
2	Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.	7	Hechos ciertos.
3	Se excluyen diagnósticos repetidos durante la vigencia de la póliza.	8	Angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial, así como el tratamiento láser, operaciones de válvula, operaciones por tumoración intracardiaca o alteración congénita.
4	Cualquier enfermedad que no se encuentre expresamente enunciada dentro de la cobertura del amparo de enfermedades graves.	9	El estado de coma provocado por el abuso de alcohol, tóxico o drogas no prescritas por un médico.
5	Enfermedades, lesiones, padecimientos o tratamientos médicos que hayan sido conocidos o diagnosticados con anterioridad a la fecha de inicio del seguro siempre y cuando el asegurado no lo haya declarado y los cuales no se encuentren dentro del amparo automático del seguro, así como cualquier procedimiento realizado por un médico no licenciado en Colombia.	10	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.

1.6. ASISTENCIA TELEMEDICINA / VIDEO DOCTOR

1.6.1. ASISTENCIA TELEMEDICINA:

¿Cuál es el objetivo de esta asistencia?

Poner a disposición del asegurado el servicio de orientación médica general telefónica contactándolo con un médico quien dará la información oportuna y pertinente con el objeto de resolver las inquietudes a temas generales de salud que tenga el asegurado.

El servicio de orientación médica se realizará mediante “Triage Médico” en la llamada inicial atendida por un Ejecutivo quien lo transferirá con el médico general de turno, quien evaluará la situación médica del beneficiario y lo orientará haciéndole las recomendaciones que considere pertinentes para superar la situación, sin realizar diagnóstico ni prescripción médica.

Este servicio no requiere agendamiento y está disponible las 24 horas, 365 días al año.

Podrá acceder a este servicio a través de la línea de atención al cliente de Cardif indicada en el punto 14 de este condicionado.

1.6.2. VIDEO DOCTOR:

¿Cuál es el objetivo de esta asistencia?

Poner al alcance del asegurado el servicio de un médico con el propósito de atender consultas virtuales en medicina general a través de una plataforma de telemedicina (consulta virtual por video). El beneficiario será valorado, diagnosticado y tratado, con las recomendaciones y formulación de medicamentos apropiados, según las necesidades de su sintomatología.

El agendamiento de esta asistencia puede realizarlo las 24 horas y 365 días al año, en máximo 24 horas se asignará la consulta, el horario de las citas es de Lunes a Domingo de 7:00 am a 7:00 pm. El beneficiario recibirá un enlace (link) a su correo personal o en un mensaje de texto a la línea de teléfono celular que haya suministrado, deberá conectarse a este link para dar inicio a la consulta médica por video.

Podrá acceder a este servicio a través de la línea de atención al cliente de Cardif indicada en el punto 14 de este condicionado.

2. 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 el titular del producto financiero.
BENEFICIARIO: Para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa, Incapacidad Total Permanente, Desempleo Involuntario, Incapacidad Total Temporal y Enfermedades Graves el beneficiario será TUYA S.A.
Para la cobertura de Compra protegida el beneficiario será el Asegurado.
En caso de remanente, la indemnización será entregada por CARDIF de la siguiente manera: (i) En caso de Muerte por Cualquier Causa el remanente ser entrega a los beneficiarios designados o en su defecto a los de ley.
(ii) Para las coberturas de Incapacidad Total Permanente, Desempleo Involuntario, Incapacidad Total Temporal, Enfermedades Graves el remanente se entrega directamente al Asegurado.
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.
HECHOS CIERTOS: Circunstancias o eventos conocidos por el asegurado antes del inicio de vigencia de la póliza, que no fueron declarados a la compañía de seguros.
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 CARENCIA: Para iniciar las coberturas del presente seguro, será necesario que el asegurado cumpla un periodo de permanencia mínimo en la póliza. Este periodo comienza desde la adquisición del seguro hasta el vencimiento del número de días establecidos como periodo de carencia. Lo anterior quiere decir que si durante este lapso se presenta un siniestro no tendrá cobertura. Para las coberturas de Vida, Incapacidad Total y Permanente, y Compra Protegida no existe periodo de carencia.
Para Desempleo, Incapacidad Total Temporal y Enfermedades Graves el periodo de carencia son 30 días calendario.
PRIMA: Precio del seguro.
SINIESTRO: Ocurrencia de los sucesos amparados en la póliza.
TOMADOR: Persona que por cuenta propia o ajena traslada un riesgo.
CUOTAS: Corresponde a la suma a indemnizar de acuerdo con los valores asegurados del numeral 5 del presente condicionado.

3. EVENTOS A RECONOCER EN CADA COBERTURA

- Para la cobertura de Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total Permanente: Se reconoce un único evento.
- Para la cobertura de Desempleo Involuntario: Se reconoce un número ilimitado de eventos durante la vigencia de la póliza.
- Para la cobertura de Incapacidad Total Temporal: Se reconoce un número ilimitado de eventos durante la vigencia de la póliza según la tabla de incapacidad.
- Para la cobertura de Enfermedades Graves: Se reconoce un evento por el primer diagnóstico o el primer procedimiento de cada una de las 14 enfermedades cubiertas.
- Para las asistencias de Telemedicina y Video Doctor: Se reconoce un numero ilimitado de eventos durante la vigencia de la póliza.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

- **Edad mínima de ingreso:** 18 años.
- **Edad máxima de ingreso:** 89 años y 364 días.
- **Edad máxima de permanencia:** No aplica edad máxima de permanencia. La vigencia del seguro finalizará cuando termine el crédito del contrato que dio origen al otorgamiento del desembolso, según corresponda y el asegurado cancele el saldo de la deuda con el tomador o se configure alguna de las causales de terminación establecidas en el numeral 8 del presente documento.

5. VALORES ASEGURADOS

COBERTURA/ ANEXO	VALOR ASEGURADO
MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL	VALOR INSOLUTO DE LA DEUDA SIN SOBREPASAR EL CUPO APROBADO DEL CRÉDITO AUTORIZADO POR TUYA S.A.
INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	VALOR INSOLUTO DE LA DEUDA SIN SOBREPASAR EL CUPO APROBADO DEL CRÉDITO AUTORIZADO POR TUYA S.A.
DESEMPLEO INVOLUNTARIO	7 CUOTAS CADA UNA DE $200.000, EN UNICO PAGO
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	ENTRE 15 Y 105 DÍAS DE INCAPACIDAD, SE INDEMNIZARÁ UN ÚNICO PAGO DE 3 CUOTAS CADA UNA DE $200.000. SI LA INCAPACIDAD ES MAYOR A 105 DIAS DE INCAPACIDAD SE INDEMNIZARÁ UN ÚNICO PAGO DE 9 CUOTAS CADA UNA DE $200.000.
ENFERMEDADES GRAVES	7 CUOTAS CADA UNA DE $200.000, EN UNICO PAGO
ASISTENCIA TELEMEDICINA/VIDEO DOCTOR	SIN LÍMITE DE VALOR POR CONSULTA

6. VIGENCIA

La vigencia individual del seguro para cada deudor iniciará desde el momento del desembolso del crédito y estará vigente hasta:

- El vencimiento del plazo del crédito, incluyendo los días o meses adicionales por cuotas residuales.
- Hasta que se dé una terminación del contrato de apertura del crédito y el asegurado cancele el saldo de la deuda con el tomador.
- Este condicionado aplica para los desembolsos efectuados entre el 01/01/2021 y el 31/12/2022.

7. VALOR DE LA PRIMA

Valor de la prima
La prima mensual corresponde a: $2.774 sin IVA, $3.143 con IVA incluido, por millón adeudado. Este valor se cobrará de forma proporcional al saldo de la deuda

8. TERMINACIÓN

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

1. Revocación unilateral, mediante noticia escrita o verbal de parte del tomador.
2. Muerte del asegurado.
3. Hasta que se dé una terminación del contrato de apertura del crédito y el asegurado cancele el saldo de la deuda con el Tomador.
4. Mora en el pago de la prima.

9. REVOCATORIA UNILATERAL

De acuerdo con lo previsto con el artículo 1071 del Código de Comercio TUYA S.A. podrá revocar cualquiera de las pólizas o cualquiera de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso a CARDIF sobre tal determinación con una antelación no menor de ciento veinte (120) días a su fecha de efecto, excepto por el vencimiento del plazo original del término de adjudicación de la licitación, sin que en ningún caso haya lugar al pago de indemnización alguna.

CARDIF no podrá revocar ningún tipo de póliza, amparo o certificado individual cuyo beneficiario sea TUYA, salvo en el evento en que la aseguradora llegase a identificar un riesgo relacionado con LAFT, caso en el cual deberá inmediatamente comunicarse con TUYA con el fin de realizar la revisión conjunta del evento de riesgo identificado.

10. 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 cédula de ciudadanía del asegurado legible. Los siguientes documentos:

	Muerte por cualquier causa	Incapacidad total y permanente	Desempleo involuntario	Incapacidad total y temporal	Enfermedades graves
Fotocopia legible del documento de identidad del asegurado.	X	X	X	X	X
Registro civil o notarial de defunción.	X				
En caso de muerte presunta se adjuntará copia autenticada de sentencia debidamente ejecutoriada donde se indique la presunta fecha de muerte.	X				
Dictamen de invalidez emitido por parte de los Profesionales (ARL), Entidad Promotora de Salud (EPS), por la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP) a la cual se encuentra afiliado, Colpensiones, Junta Regional o Nacional de calificación de Invalidez o por médico habilitado legalmente para ello (Especialista en medicina laboral o salud ocupacional), y el cual deberá ser mayor o igual al cincuenta por ciento (50%)		X			
Documento que demuestra la clase de contrato y causa de terminación de la relación laboral o carta de despido.			X		
Documento en que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.			X		
Certificado de médico licenciado que acredite la incapacidad total temporal.				X	
Historia clínica o epicrisis que acredite el motivo de la incapacidad total temporal, solo aplica para las incapacidades que no están refrendadas por la EPS.				X	
Historia clínica completa del asegurado.					X
Resultados de exámenes practicados (pruebas confirmadas) para cada una de las enfermedades graves cubiertas en la presente póliza.					X

IMPORTANTE CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A. (“CARDIF”) podrá solicitar cualquier otro documento diferente a los mencionados para definir su reclamación.

11. PASOS PARA LA RECLAMACIÓN

Cuando usted cuente con los documentos anunciados para la reclamación, lo invitamos a remitir dicha documentación a través de los siguientes canales:

1) A través de nuestros canales digitales: escribiéndonos al WhatsApp a la línea de atención 3185408261, o al buzón atencionsiniestros@cardif.com.co

2) Acercándose a un Centro de Atención de Tuya S.A.

Con el objetivo de simplificar la reclamación, la definición del siniestro se hará dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha en la que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia y cuantía del mismo en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

Le recordamos que el Artículo **1081 del código de comercio** establece que la prescripción ordinaria y extraordinaria que será de dos y cinco años respectivamente, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

12. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El Asegurado autoriza a Cardif Seguros Generales S.A. para efectuar tratamiento de su información personal para el desarrollo del contrato de seguro, el envío de ofertas comerciales y actividades de analítica de datos, pudiendo transferir y/o transmitir a nivel nacional y/o internacional sus datos personales por cualquier medio incluyendo mensajes de datos, con sus aliados estratégicos, a sus filiales, subsidiarias, asociadas o vinculadas, a su matriz o controlante, accionistas, tomador de la póliza y terceros tales como proveedores tecnológicos, operadores logísticos, o reaseguradores. El Asegurado conoce que la revelación de los datos sensibles es facultativa, y que le asisten los derechos señalados en la Ley 1581 de 2012 y las normas que regulan la materia.

13. 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: Ana Maria Giraldo.
- Correo Electrónico: defensoriacardif@ustarizabogados.com
- Telefax: 60 (1) 6108161 y 60 (1) 6108164.
- Dirección: Carrera 11ª #96 -51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C.
- Horario de Atención: 8:00 am – 6:00 pm Jornada Continua.

14. LÍNEA 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: 018000944888.
- En Bogotá D.C: 60 (1) 7455420.

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

LAS CONDICIONES ACTUALES DE ESTA PÓLIZA ESTÁN REGISTRADAS EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA. EN TODO LO NO PREVISTO EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE REGIRÁ POR EL CÓDIGO DE COMERCIO.