Colmena Seguros | UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Seguro Voluntario

TU CUOTA PROTEGIDA COMFANDI
Condiciones Generales

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A.

LÍNEA EFECTIVA Los 7 días de la semana, todos los días del año, las 24 horas.
Línea directa: 601 401 04 47
Línea nacional gratuita: 01 8000 919 667
WhatsApp (Chat): 315 700 30 33
Marca desde tu celular: #833

Síguenos en:

Condiciones Generales

Condición Primera.

¿A quiénes cubre este seguro?

Este seguro protege a los afiliados a la Caja de compensación familiar del Valle del Cauca - Comfandi, cuyos ingresos provengan de su condición de asalariados según la siguiente clasificación:

ORIGEN DE INGRESOS PARA ASALARIADOS	ORIGEN DE INGRESOS PARA INDEPENDIENTES
Cubre a los trabajadores que cuentan con: ▸ Contrato de trabajo a término indefinido. ▸ Contrato de trabajo a término fijo, incluyendo contratos con duraciones inferiores a un (1) año. ▸ Contrato de obra o labor determinada. ▸ Contrato de prestación de servicios. ▸ Contrato con cooperativas de trabajo asociado. ▸ Contrato a través de una empresa de servicios temporales. ▸ Contrato de provisionalidad o de libre nombramiento y remoción. ▸ Contrato verbal.	▸ Trabajadores independientes ▸ Estudiantes Amas de casa ▸ Microempresarios ▸ Trabajador de su propia empresa ▸ Pensionados
Este seguro te otorga las siguientes coberturas:	**Este seguro te otorga las siguientes coberturas**
• Desempleo involuntario para asalariados. • Muerte accidental. • Hospitalización para asalariados (Ventas a partir del 01/09/2026)	• Incapacidad total temporal para independientes • Muerte accidental para independientes

Condición Segunda.

¿Qué cubre este seguro? (Amparos)

1. Desempleo involuntario para asalariados

Colmena Seguros de Vida S.A. te pagará la suma asegurada indicada en la carátula de tu póliza cuando se presente alguna de las siguientes situaciones y todos los requisitos señalados durante la vigencia de tu póliza:

Si tu contrato termina por o a causa de:	Requisitos:
Sin justa causa	a. *Ser despedido sin justa causa.* b. *Que estés vinculado mediante un contrato de trabajo a término indefinido, contrato a término fijo incluyendo contratos con duración inferior a un (1) año; contrato de obra o labor determinada, contrato con cooperativas de trabajo asociado; contrato verbal, contrato de provisionalidad o de libre nombramiento y remoción.* c. *Que tu contrato haya terminado antes del plazo establecido originalmente.* d. *Que lleves más de tres (3) meses continuos trabajando. Podrás demostrar la continuidad laboral entre dos empleos si, entre la consecución de uno y otro, no existe una diferencia superior a ocho (8) días hábiles y no hayas sido despedido del primero de dichos empleos.*
No renovación	a. *Que tu contrato no sea renovado al momento de la terminación del plazo estipulado.* b. *Que estés vinculado mediante un contrato a término fijo, obra o labor, servicios temporales o prestación de servicios.* c. *Que el contrato tenga una duración continua de dieciocho (18) meses con el mismo empleador y no exista un periodo sin contrato o inactivo de más de quince (15) días hábiles entre renovaciones.*
Mutuo acuerdo	a. *Que el tomador o el empleador o contratante decidan dar por terminado el contrato.* b. *Que el tomador reciba el pago de una bonificación por cualquier valor adicional a las prestaciones legales y/o extralegales a las que tenía derecho.*

¡Ten presente!

Si tu contrato ha terminado sin justa causa o por mutuo acuerdo, y te hemos pagado por esta cobertura, podrás volver a reclamar únicamente cuando hayan transcurrido más de seis (6) meses en tu nuevo empleo y cumplas nuevamente con los requisitos señalados en tu nueva condición.

Para el pago de la indemnización por este amparo se aplicará la siguiente tabla, según la opción que hayas seleccionado al momento de adquirir tu seguro:

Días de desempleo involuntario (Calendario consecutivos)	Número de cuotas a cancelar
30-119 días calendario consecutivos	3
120-149 días calendario consecutivos	4
150-179 días calendario consecutivos	5
180 o más días calendario consecutivos	6

2. Incapacidad total temporal para independientes

Colmena Seguros pagará al beneficiario la suma asegurada expresamente indicada en la solicitud/póliza, en caso de que el asegurado sufra una incapacidad total temporal por enfermedad o accidente que no le permita continuar con sus labores, siempre y cuando cumpla las siguientes condiciones:

- *Que la incapacidad tenga una duración mínima de 15 días continuos.*
- *Que no haya sido causada directa o indirectamente por el asegurado.*
- *Que la incapacidad esté debidamente certificada por un médico adscrito a la EPS (Sea de régimen contributivo o subsidiado), o ARL a la cual se encuentre afiliado el asegurado.*

¡Ten presente!

Si el médico decide prorrogar los días de incapacidad, éstos se acumularán a la incapacidad inicial, siempre y cuando se trate de la misma enfermedad o accidente.

Respecto la Incapacidad Total Temporal, se efectuará un único pago de hasta tres (3) cuotas mensuales del crédito. Las tres (3) cuotas restantes serán aprobadas para pago una a una de forma mensual, de acuerdo con demostración por parte del asegurado de continuidad del estado de la incapacidad.

Días de desempleo involuntario (Calendario consecutivos)	Número de cuotas a cancelar
0-14 días calendario consecutivos	0
15-104 días calendario consecutivos	3
105-134 días calendario consecutivos	4
135-164 días calendario consecutivos	5
165 o más días calendario consecutivos	6

3. Muerte accidental:

Si tienes un accidente durante la vigencia de tu seguro, que te cause la muerte instantáneamente o dentro de los siguientes 180 días a la ocurrencia del mismo, Colmena pagará la suma indicada en la carátula de tu póliza.

4. Hospitalización para asalariados (ventas a partir del 01/09/2026)

Esta cobertura protege al asegurado cuando no pueda desarrollar su actividad económica como consecuencia de una hospitalización, durante un periodo superior a cinco (5) días consecutivos en una institución hospitalaria.

Una vez transcurridos los primeros 5 días consecutivos de hospitalización, se reconocerá al asegurado una indemnización fija de $500.000.

Si la hospitalización continua, se reconocerá una indemnización adicional de $500.000 por cada periodo adicional, y consecutivo de 30 días de hospitalización, contado a partir del cumplimiento de los primeros 5 días, según la siguiente tabla:

COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN	
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	NÚMERO DE CUOTA
Entre 5 y 34 días	1
Entre 35 y 64 días	2
Entre 65 y 94 días	3
Entre 95 y 124 días	4
Entre 125 y 154 días	5
Más de 155 días	6

Condición Tercera.

¿Qué no cubre este seguro? (Exclusiones)

Para desempleo involuntario para asalariados

Cuanto tu contrato de trabajo termine por cualquiera de las siguientes causas:

a. ***Renuncia.***

b. ***Terminación de tu contrato de trabajo durante o a la finalización del período de prueba.***

c. ***Suspensión de tu contrato de trabajo por cualquier causa.***

d. ***Por no regresar el trabajador a su empleo, al desaparecer las causas de la suspensión del contrato.***

e. ***Cuando en la fecha de solicitud de seguro o dentro de los treinta (30) días previos, exista evidencia clara de que el asegurado podía quedar desempleado.***

f. ***No tendrá cobertura si el contrato fuese suscrito en el exterior o bajo legislación diferente a la colombiana.***

g. ***No se incluyen bajo esta cobertura las personas que se encuentren amparadas bajo la cobertura de incapacidad total temporal para independientes.***

Para incapacidad total temporal para independientes

La cobertura para este amparo está sujeta a las exclusiones que se enuncian a continuación, y en consecuencia, Colmena Seguros no procederá a brindar cobertura de ninguna índole con ocasión del presente contrato de seguro, en los siguientes eventos o cuando la incapacidad total temporal sea producto de un accidente o una enfermedad que tenga origen directo o indirecto en:

a. ***Enfermedades preexistentes en razón de las cuales hayas sido atendido y tratado médicamente dentro de los seis (6) meses anteriores a la fecha de inicio de vigencia del contrato de seguro.***

b. ***Tratamientos y/o cirugías estéticas.***

c. ***Pandemias o epidemias.***

d. ***Durante los períodos que legalmente han sido establecidos como licencias de maternidad o paternidad.***

e. ***Enfermedad mental de cualquier tipo y sus consecuencias, tales como estrés, ansiedad, depresión o desórdenes nerviosos.***

f. ***Lesiones, padecimientos, enfermedades o cualquier incapacidad intencionalmente causadas o auto inferidas, ya sea en estado de cordura o incapacidad mental.***

g. ***Accidentes que se originen debido a que el asegurado estaba bajo la influencia de algún medicamento o droga enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico; así como los que se originen como consecuencia de los efectos del alcohol.***

h. ***Intento de suicidio***

i. ***Actos delictivos o contravencionales de acuerdo a la ley penal, en los que participe directa o indirectamente el asegurado.***

j. ***Manipulación de explosivos o armas de fuego.***

k. ***Actos de guerra (interna o externa, declarada o no) o de actos terroristas.***

l. ***Viajes en cualquier medio de transporte aéreo, excepto cuando se realiza el viaje como pasajero de una aerolínea comercial debidamente autorizada por las autoridades respectivas.***

m. ***Práctica profesional de cualquier deporte incluido pero no limitado a deportes de alto riesgo de cualquier clase y deportes que involucren el uso de equipos, medios o máquinas de vuelo o deportes con la intervención de algún animal pruebas o carreras de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.***

ñ. ***Radiaciones ionizantes o contaminación por radioactividad de combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear producido por combustión. radioactivo, tóxico, explosivo o cualquier otra propiedad peligrosa de un explosivo nuclear o de sus componentes.***

o. ***Intento de homicidio del asegurado, cuando éste se encuentre participando directamente o indirectamente en actos delictivos o contravencionales.***

Para Muerte accidental

No tendrás cobertura cuando tu muerte sea consecuencia de:

a. ***El ejercicio de actividades ilícitas por parte tuya.***

b. ***Homicidio, tentativa de homicidio, suicidio, tentativa de suicidio o lesión intencionalmente causada a ti mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.***

c. ***Guerra civil o internacional, motín, huelga, movimientos subversivos, en general conmociones civiles de cualquier clase y actos terroristas. (cuando el asegurado participe activamente).***

d. ***Lesiones o muerte causadas por otra persona intencionalmente con arma de fuego, cortante punzante o contundente.***

e. ***Participación tuya en aviación, salvo que vueles como pasajero en una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros.***

f. ***Encontrarte bajo la influencia de bebidas embriagantes o drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas,siempre que dicha circunstancia sea la consecuencia directa de la realización del riesgo asegurado.***

g. ***Práctica y/o participación tuya a nivel profesional en competencias deportivas de alto riesgo tales como, pero sin limitarse a ellas: autocross, ciclismo, equitación, automovilismo, boxeo, buceo, karting, motocross, motociclismo, motonáutica, paracaidismo, parapentismo, cometa, bungee jumping, planeador, vuelo delta.***

h. ***Encontrarte en ejercicio de funciones de tipo militar, policivo, de seguridad y vigilancia pública o privada.***

Para hospitalización para asalariados:

No se otorgará cobertura en los siguientes eventos:

a. ***Hospitalización por fase de recuperación o estadía en un centro de convalecencia, alojamientos al aire libre, residencias de ancianos, instalaciones termales, hospicios, hospitales y clínicas psiquiátricas, institutos médico-pedagógicos, departamento de gerontología, sanatorio.***

b. ***Intervención quirúrgica.***

c. ***Intento de suicidio del asegurado.***

d. ***Tratamiento cosmético o cirugía plástica, rejuvenecimiento, adelgazamiento.***

e. ***Enfermedad mental.***

f. ***Accidentes autoinfligidos o resultantes de actos voluntarios.***

g. ***Demencia por la ingesta por parte del asegurado de bebidas alcohólicas con una concentración de alcohol en sangre (BAC) igual o superior a la tasa legal vigente en la región.***

h. ***Uso de drogas no médicamente prescritas.***

i. ***Guerra activa, insurrección, motín, peleas, ataques y actos de terrorismo desde el momento en que el asegurado participa activamente.***

j. ***La práctica de un deporte como profesional y por hobby, como parte de una competencia o intentos de récord (y sus pruebas), y en un sentido general, consecuencias por deportes aéreos o marítimos o que requieran el uso de un vehículo motorizado.***

k. ***Los efectos directos o indirectos de explosiones, liberación de calor, inhalación o radiación por transmutación del núcleo atómico.***

l. ***Hospitalización por una enfermedad cuya primera constatación médica fue anterior a la fecha de inicio del seguro.***

m. ***Embarazo o aborto.***

Condición Cuarta.

Periodo de espera

Dependiendo del amparo que pretendas afectar, se establecen los siguientes periodos de espera:

- Para los amparos de Desempleo Involuntario y Muerte Accidental, el período de espera será de Cero (0) días corrientes continuos.
- Para el amparo de Incapacidad Total Temporal, el período de espera será de quince (15) días corrientes continuos.
- Para el amparo de hospitalización: A partir del día 5 de hospitalización consecutiva.

¡Ten presente!

Se entiende por periodo de espera el tiempo mínimo que debe transcurrir entre la ocurrencia de tu siniestro y la solicitud de tu indemnización para ser reconocida en caso de cumplir con las demás condiciones acordadas.

Condición Quinta.

Periodo de carencia

Corresponde al período mínimo de tiempo contado desde el inicio de vigencia de la cobertura, durante el cual no tienes derecho a recibir ninguna indemnización frente a la ocurrencia de un evento.

Se establece un período de carencia por cobertura así:

- Desempleo Involuntario: Treinta (30) días.
- Incapacidad total temporal para independiente: Treinta (30) días.
- Muerte Accidental: Cero (0) días
- Hospitalización: Treinta (30) días

Condición Sexta.

PERIODO ACTIVO MINIMO DESPUES DE UN SINIESTRO

Corresponde al período mínimo de tiempo durante el cual el asegurado debe permanecer empleado con el mismo empleador a efectos de tener la posibilidad de presentar una nueva reclamación que afecte la cobertura de Desempleo Involuntario para Asalariados.

Para la cobertura de Desempleo Involuntario se establece un Período Activo Mínimo después de un siniestro de 6 meses. Los 6 meses se cuentan a partir de la finalización del último día del mes del periodo aprobado para pago, así el beneficio sea pagado en una sola exhibición.

Para el amparo de Incapacidad Total Temporal, no se aplica período activo mínimo después de un siniestro y si un periodo de 60 días para determinar si es el mismo o nuevo evento.

Edades de ingreso y permanencia

Los límites de edad para tus amparos serán los siguientes:

COBERTURA	EDAD DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
Desempleo involuntario/ Incapacidad total temporal para independientes	18 – 72 años + 364 días	75 años + 364 días
Muerte accidental	18 – 72 años + 364 días	75 años + 364 días
Hospitalización para asalariados	18-72 años + 364 días	75 años + 364 días

Condición Séptima

Vigencia del seguro

El inicio de vigencia de tu seguro será la fecha del desembolso de la obligación financiera reportada por Comfandi a Colmena, una vez se haya cumplido con el término del periodo de carencia, su vigencia será igual al plazo inicialmente pactado del crédito.

Condición Octava

¿Cómo se calcula el valor de la prima?

La prima para la vigencia de tu póliza se calculará con base en la aplicación de las tasas establecidas por ***Colmena Seguros de Vida S.A.***, al valor asegurado de tu seguro. En esta póliza la periodicidad de pago será único, quiere esto decir que pagas la totalidad de tu prima al inicio de vigencia de tu seguro.

Revocación del seguro y reintegro de la prima

Podrás revocar tu póliza en cualquier momento, mediante aviso escrito a **Colmena Seguros de Vida S.A.**, caso en el cual tendrás derecho a que te reintegren un porcentaje de la prima por el periodo que pagaste pero aún no ha sido cubierto (Prima no devengada).

¡Ten presente!

El pago de primas con posterioridad a la revocación, no restablece las coberturas otorgadas en la póliza.

Condición Novena

Valores asegurados y beneficiarios

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	BENEFICIARIO DEL PAGO
Desempleo involuntario para asalariados	Te pagaremos seis (6) cuotas de tu crédito, con la siguiente regla: lo equivalente a las tres (3) primeras cuotas mensuales, para el pago de las cuotas restantes (4), (5) y (6) se pagarán mensualmente de acuerdo a demostración por parte tuya de la continuidad del estado de desempleo. El límite máximo por cuota mensual establecido es de $4.000.000, independiente del monto de cuota adeudado al momento de la ocurrencia del evento.	El beneficiario a título oneroso será Comfandi por las cuotas del crédito que tengas activo.
Incapacidad total temporal para independientes	Para esta alternativa se aprobará el pago en un único pago, de lo equivalente a tres (3) cuotas y las cuotas restantes (4), (5) y (6) se pagarán mensual, de acuerdo con demostración mes a mes de la continuidad de la incapacidad. El límite máximo por cuota mensual establecido es de COP$4.000.000, independiente del monto de cuota adeudado al momento de la ocurrencia del evento.	El beneficiario a título oneroso será Comfandi por las cuotas del crédito que tengas activo.
Muerte accidental	El valor asegurado por este amparo es fijo de $5.000.000	Los beneficiarios serán aquellos que designes libremente al momento de adquirir tu seguro, en caso de no designar serán tus beneficiarios de Ley.
Hospitalización para asalariados	Esta cobertura te protege en calidad de asegurado cuando no puedas desarrollar tu actividad económica por encontrarte hospitalizado durante más de 5 días consecutivos en una institución hospitalaria. Una vez transcurridos los primeros 5 días consecutivos de hospitalización, se te reconocerá una indemnización fija de $500.000. Si la hospitalización continúa, se reconocerá una indemnización adicional de $500.000 por cada periodo adicional, y consecutivo de 30 días de hospitalización, contado a partir del cumplimiento de los primeros 5 días.	El beneficiario serás tu en calidad de asegurado.

Condición Décima

Finalización del contrato

Tu contrato de seguro se dará por finalizado en los siguientes casos:

1. Mora en el pago de tu prima.
2. Al cumplir con la edad máxima de permanencia establecida y/o al cumplir con el tiempo de cobertura señalado.
3. Por la revocación unilateral de parte tuya, mediante aviso escrito a **Colmena Seguros de Vida S.A.**
4. Por muerte del asegurado.
4. Al extinguirse la obligación monetaria existente con el Comfandi.

Condición Décima Primera

Plazo de respuesta a las reclamaciones

Colmena Seguros de Vida S.A. tendrá un plazo máximo de quince (15) días hábiles para dar respuesta a las reclamaciones por siniestros.

Condición Décima Segunda

¿Cuáles son los documentos sugeridos para el trámite de una reclamación?

Te corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro; por ello, te sugerimos que en caso de presentarse un siniestro que afecte alguna de las coberturas de la póliza, acompañes junto con la solicitud de indemnización los siguientes documentos, según aplique, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba:

Importante: antes de iniciar la recolección de los documentos, identifica cuál es el amparo sobre el cual vas a realizar la reclamación:

a. Desempleo involuntario para asalariados.
b. Incapacidad total temporal para independientes.
c. Muerte accidental
d. Hospitalización para asalariados

Documentos sugeridos	a	b	c	d
Formato de Solicitud de indemnización, el cual podrá ser descargado de la página **https://www.colmenaseguros.com/solicita-tu-indemnizacion-en-seguros-de-vida**,en la sección Solicita una nueva indemnización.	●	●	●	●
Formato de inscripción de cuentas para pago de indemnización de seguro de personas.	●	●	●	
Cédula de ciudadanía del asegurado y/o los beneficiarios.	●	●	●	●
Registro civil de defunción.			●	
Original o copia del documento en el que conste la terminación de la relación laboral, en la cual se especifique el tipo de contrato laboral y el motivo de la terminación del mismo, y/o carta de despido donde se detalle la información citada anteriormente.	●			
Original o copia del documento en el que conste la liquidación de salarios y prestaciones sociales.	●			
Para la indemnización de las cuotas restantes deberás adjuntar por cada mes de Desempleo Involuntario y hasta el máximo periodo cubierto, una declaración juramentada ante notario en la que se deje constancia de continuar en tal situación.	●			
Los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar como ocurrieron los hechos. (Acta de Levantamiento del cadáver, Copia de la Necropsia o el Informe de la Autoridad Competente)			●	
Historia clínica completa				●
Certificados y exámenes médicos que acrediten la incapacidad total temporal por más de quince (15) días corrientes, transcritos por la EPS o ARL.		●		●
En caso de encontrarse realizando aportes al sistema de seguridad social como cotizante, adjuntar copia de la planilla de dichos aportes.		●		
En caso de ampliación o extensión del estado de incapacidad total temporal, el asegurado deberá presentar certificados y exámenes médicos que acrediten continuidad de la incapacidad total temporal, transcritos por la EPS o ARL.		●		
Los demás documentos que la Colmena Seguros de Vida S.A. considere necesarios.	●	●	●	●

Para mayor información comunícate con nuestra Línea Efectiva:

LÍNEA EFECTIVA Los 7 días de la semana, todos los días del año, las 24 horas.
Línea directa: 601 401 04 47
Línea nacional gratuita: 01 8000 919 667
WhatsApp (Chat): 315 700 30 33
Marca desde tu celular: #833

recuerda que también puedes gestionar tu solicitud de indemnización a través de nuestro portal web, con el formulario digital que podrás encontrar en este enlace: ***https://www.colmenaseguros.com/solicita-tu-indemnizacion-en-seguros-de-vida***

Condición Décimo Tercera.

Notificaciones y domicilio

Para los efectos del presente contrato, podrás realizar notificaciones a **Colmena Seguros de Vida S.A.**, a través de los canales dispuestos por esta para la atención del consumidor financiero.

Condición Décimo Cuarta.

Disposiciones finales

Para todos los aspectos no previstos explícitamente en la presente póliza, se regirá por las leyes de la República de Colombia.

ASEGURADORA

FIRMA AUTORIZADA
Colmena Seguros de Vida S.A.

Conoce más
enwww.colmenaseguros.com

01/09/2026-1432-P-24-24416_V5_09/2026-D0CI
Referencia Nota Técnica 01/09/2026-1432-NT-P-24-24416_V5_09/2026