

HDI

SEGUROS

Antes  Liberty
Seguros

Versión / agosto 2024

Póliza de Seguro de Vida Grupo Futuro Protegido

Consulta el siguiente clausulado
y conoce todos tus beneficios.

NIT. 860.039.988-0

Permanece siempre en contacto



Línea USC

- Línea Unidad Servicio al Cliente
- Consulta de coberturas de la póliza
 - Como acceder a sus servicios
 - Información de pólizas y productos
 - Gestión quejas y reclamos GQC

Desde el celular: #224

Bogotá: 307 70 50

Línea nacional:

01 8000 113 390



Línea #224

- Línea Asistencia Liberty
- Asistencia Liberty Auto
 - Asistencia Liberty Hogar
 - Asistencia Liberty Empresarial
 - Asistencia a la copropiedad

Desde el celular: #224

Bogotá: 644 53 10

Línea nacional:

01 8000 117 224

HDI

SEGUROS

Antes



Liberty
Seguros

Antes de dar lectura al presente clausulado, te invitamos a leer las definiciones que aparecen al final del documento. Así tendrás un mejor entendimiento de las condiciones de este seguro.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO FUTURO PROTEGIDO

Descripción del Producto

EL PRESENTE SEGURO COLECTIVO DE VIDA ES UN CONTRATO TEMPORARIO POR UN AÑO, RENOVABLE ANUALMENTE, QUE CUBRE EL RIESGO DE FALLECIMIENTO, INVALIDEZ LABORAL Y ENFERMEDADES GRAVES DE LOS ASEGURADOS, SUJETO A LOS TÉRMINOS EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

AMPAROS OBLIGATORIOS

1. AUXILIO EN CASO DE FALLECIMIENTO
2. INVALIDEZ LABORAL
3. ENFERMEDADES GRAVES

AMPAROS OPCIONALES

1. AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE VIDA
2. AMPARO OPCIONAL EXEQUIAL

LAS DEFINICIONES A ESTAS COBERTURAS SE ENCUENTRAN EN LA CLAUSULA SEGUNDA CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA

1. EXCLUSIONES GENERALES Y LIMITACIONES DEL AMPAROS A U X I L I O E N C A S O D E FALLECIMIENTO, INVALIDEZ LABORAL Y ENFERMEDADES GRAVES

1.1 EXCLUSIONES

LA COMPAÑÍA QUEDARÁ EXONERADA DE CUMPLIR CON LA OBLIGACIÓN DE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN SI LA CAUSA DE LA RECLAMACIÓN ES O ESTÁ RELACIONADA CON:

- A. CUALQUIER ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO
- B. TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN CAUSADA A SÍ MISMO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- C. LESIONES O MUERTE CAUSADAS CON OCASIÓN O EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO
- D. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO ENACTOS DE TERRORISMO, ACTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS EN GENERAL, CONMOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE.
- E. PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VUELE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA O AUTORIZADA PARATRANSPORTE DE PASAJEROS.
- F. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN COMPETENCIAS DEPORTIVAS, PROFESIONALES DE ALTO RIESGO Y PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS SIGUIENTES DEPORTES: CARRERA DE KARTING, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, COMETA, BUNGEE JUMPING, ULTRA-LIVIANOS ENTRE OTROS DEPORTES DE ALTO RIESGO.

1.2 EXCLUSIONES PARTICULARES PARA EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES (Adicional a las Exclusiones Generales de la Póliza).

- A. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL Y COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE, QUE SEA DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO, ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADOS PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.
- B. CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ENUNCIADAS EN EL LITERAL ANTERIOR.
- C. CUAN D O L A S E N F E R M E D A D E S AMPARADAS SEAN CONSECUENCIA DE AFECCIONES DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL ASEGURADO ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO.

D. CÁNCER DE SENO O DE ÚTERO LOCALIZADO SIN METÁSTASIS A OTROS ÓRGANOS O SISTEMAS.

E: EL CÁNCER NO INVASIVO O IN-SITU EN CUALQUIER ÓRGANO, ASÍ COMO LOS TUMORES DE LA PIEL, EXCEPTUANDO EL MELANOMA MALIGNO.

EXCLUSIONES DEL AMPARO OPCIONAL EXEQUIAL

SE EXCLUYE DEL PRESENTE AMPARO OPCIONAL LA INDEMNIZACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE CONTRATE LA FAMILIA POR FUERA DEL TERRITORIO COLOMBIANO.

OTRAS EXCLUSIONES APLICABLES A LA PÓLIZA

A. CLÁUSULA DE LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR SANCIONES

LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA NINGUNA EXPOSICIÓN PROVENIENTE O RELACIONADA CON ALGÚN PAÍS, ORGANIZACIÓN, O PERSONA NATURAL O JURÍDICA QUE SE ENCUENTRE ACTUALMENTE SANCIONADO, EMBARGADO O CON EL CUAL EXISTAN LIMITACIONES COMERCIALES IMPUESTAS POR LA "OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS" DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE ESTADOS UNIDOS, CON SUS SIGLAS EN INGLÉS U.S. TREASURY DEPARTMENT: OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL, LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA O EL REINO UNIDO.

EN ESA MEDIDA, EN NINGÚN CASO LA PRESENTE PÓLIZA OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR INDEMNIZACIÓN O BENEFICIO ALGUNO EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PAGO DE DICHAS RECLAMACIONES O EL OTORGAMIENTO DE DICHOS BENEFICIOS PUEDAN EXPONER AL ASEGURADOR A UNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN A NIVEL LOCAL Y/O INTERNACIONAL.

B. ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO

EN AQUELLOS EVENTOS EN LOS QUE EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, CON OCASIÓN DE LA CELEBRACIÓN O EJECUCIÓN DEL CONTRATO, RECIBA UN BENEFICIO INDEBIDO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, O INCUMPLA LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN, LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR INDEMNIZACIÓN O BENEFICIO ALGUNO.

C. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR RECLAMACIÓN O BENEFICIO ALGUNO EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PAGO DE DICHAS RECLAMACIONES O EL OTORGAMIENTO DE DICHOS BENEFICIOS PUEDAN EXPONER AL ASEGURADOR A UNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN A NIVEL LOCAL Y/O INTERNACIONAL RELACIONADA CON EL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO MANIFIESTA BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SUS ACTIVIDADES PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS Y NO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN NINGUNA LISTA RESTRICTIVA, PARA LO CUAL AUTORIZA A LA ASEGURADORA PARA REALIZAR LA RESPECTIVA CONSULTA EN LAS MISMAS. EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SE COMPROMETE A CUMPLIR CON EL DEBER DE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE. SI ALGUNO DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CITADO FORMULARIO SUFRE MODIFICACIÓN EN LO QUE RESPECTA A AL TOMADOR/ASEGURADO, ESTE DEBERÁ INFORMAR TAL CIRCUNSTANCIA A LA COMPAÑÍA, PARA LO CUAL SE LE HARÁ LLENAR EL RESPECTIVO FORMATO. CUALQUIER MODIFICACIÓN EN MATERIA DEL SARLAFT SE ENTENDERÁ INCLUIDA EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

CLÁUSULA SEGUNDA DEFINICIÓN AMPAROS

AMPAROS OBLIGATORIOS

HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.), QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, AMPARA AL ASEGURADO CONTRA LOS SIGUIENTES EVENTOS, SIEMPRE Y CUANDO OCURRAN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y LOS HECHOS QUE LOS GENERAN O SUS CAUSAS NO ESTÉN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS: Cláusula Primera

1.1 AUXILIO EN CASO DE FALLECIMIENTO

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL 100% DE LA SUMA ASEGURADA POR LA MUERTE DEL ASEGURADO MENOR DE SETENTA Y UN (71) AÑOS, ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA.

1.2 INVALIDEZ LABORAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL 100% DE LA SUMA ASEGURADA, POR LA INVALIDEZ LABORAL DEL ASEGURADO ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA. PARA TODOS LOS EFECTOS SE ENTIENDE POR INVALIDEZ LABORAL LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE SETENTA Y UN AÑOS DE EDAD (71) QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE PROGRAMA, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE GENEREN UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL IGUAL A O SUPERIOR AL 50%. PARA LA OPERANCIA DEL AMPARO SE REGUIERE QUE LA INVALIDEZ LABORAL SEA CALIFICADA POR LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN PORCENTAJE IGUAL O SUPERIOR AL INDICADO.

SI LA CAUSA DE LA INVALIDEZ LABORAL CONSISTE EN LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ EN EL TIEMPO ESTIPULADO POR LA LEY LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE, SIN QUE PARA ELLO SEA NECESARIO LA ESPERA DEL PERÍODO DE EXISTENCIA DE LA INVALIDEZ DE 150 DÍAS.

EL AMPARO DE INVALIDEZ LABORAL ES DEDUCIBLE CON EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, ESTOS DOS AMPAROS SON EXCLUYENTES Y EN CONSECUENCIA, SI UN MISMO EVENTO AFECTA LOS DOS AMPAROS SE INDEMNIZARÁ POR LA SUMA ASEGURADA DE UNO SOLO DE ELLOS.

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ LABORAL, TERMINA AUTOMÁTICAMENTE LA PÓLIZA PARA EL ASEGURADO INCAPACITADO.

1.3 ENFERMEDADES GRAVES

LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO EL 100% DE LA SUMA ASEGURADA PARA ESTE AMPARO, CUANDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES LE SEA DIAGNOSTICADA, POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, SIEMPRE QUE HAYAN TRANSCURRIDO POR LO MENOS SESENTA (60) DIAS DESDE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO PARA EL ASEGURADO:

A. INFARTO DE MIOCARDIO, B. CÁNCER, C. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR, D. INSUFICIENCIA RENAL, E. ESCLEROSIS MULTIPLE, F. CIRUGÍA DE ARTERIAS CORONARIAS (BY-PASS). EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES ES DEDUCIBLE CON EL AMPARO DE INVALIDEZ LABORAL, ESTOS DOS AMPAROS SON EXCLUYENTES Y EN CONSECUENCIA, SI UN MISMO EVENTO AFECTA LOS DOS AMPAROS SE INDEMNIZARÁ LA SUMA ASEGURADA DE UNO SOLO DE ELLOS. UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE TERMINA AUTOMÁTICAMENTE LA COBERTURA OTORGADA MEDIANTE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL RESPECTIVO.

AMPAROS OPCIONALES

1. AMPARO OPCIONAL ADICIONAL DE VIDA

EL PRESENTE AMPARO OPCIONAL DE VIDA, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL "CUADRO DE AMPAROS" DE LA PÓLIZA, SUS MODIFICACIONES O SU RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO Y LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL 100%, DE LA SUMA ASEGURADA, POR LA MUERTE DEL ASEGURADO MENOR DE SETENTA Y UN (71) AÑOS, ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA.

PARÁGRAFO: PARA TODOS LOS EFECTOS, ESTE AMPARO TENDRÁN OPERANCIA LAS CLÁUSULAS DE EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DESCRITAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA PARA EL AMPARO DE AUXILIO EN CASO DE FALLECIMIENTO.

2. AMPARO OPCIONAL EXEQUIAL

EL PRESENTE AMPARO OPCIONAL EXEQUIAL, HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL "CUADRO DE AMPAROS" DE LA PÓLIZA, SUS MODIFICACIONES O SU RENOVACIÓN, DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO Y LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

INDEMNIZACION MEDIANTE EL REEMBOLSO EN DINERO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA DE LA SUMA PAGADA O DE LOS COSTOS ASUMIDOS, SIN EXCEDER EL LIMITE ASEGURADO, A QUIEN TENGA LA CALIDAD DE BENEFICIARIO EN LA

MEDIDA QUE: COMPRUEBE HABER PAGADO EL VALOR DE LOS SERVICIOS FUNERARIOS, SIN EXCEDER DEL LÍMITE ASEGURADO, DE LA SUMA EN DINERO PAGADA CON OCASIÓN AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DE LAS COBERTURAS BÁSICAS DE LA PÓLIZA O DE CUALQUIER INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO RELACIONADO EN LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

SI LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ES ACCIDENTAL, LA COBERTURA DE ESTE SEGURO OPERARÁ A PARTIR DE LAS CERO HORAS DEL DÍA SIGUIENTE DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO INDIVIDUAL. SI LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ES POR ENFERMEDAD, LA COBERTURA DEL SEGURO OPERARÁ ASÍ:

A. PARA ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS CON FECHA POSTERIOR A LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO, EL AMPARO OPERARÁ A PARTIR DEL DÍA 46, DE DICHA FECHA.

B. A PARTIR DEL DÍA 181 DEL INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO, SI LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO ES POR CUALQUIER ENFERMEDAD PREEXISTENTE, EXCEPTO CÁNCER O SIDA.

C. A PARTIR DEL DÍA 366 DEL INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO, SI EL FALLECIMIENTO ES POR CAUSA DE CÁNCER O SIDA PREEXISTENTE A LA FECHA DE INGRESO DEL SEGURO.

CLÁUSULA TERCERA LIMITACIONES DE LOS AMPAROS INVALIDEZ LABORAL Y ENFERMEDADES GRAVES

A. LA MUERTE CAUSADA POR SUICIDIO (SI NO HA CUMPLIDO UN AÑO LA VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL SEGURO).

B. LA COBERTURA DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES INICIA A LAS 00:00 HORAS DEL DÍA SESENTA Y UNO (61), CONTADO DESDE EL COMIENZO DE LA VIGENCIA INICIAL DE LA PÓLIZA.

DEDUCCIONES DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES ES DEDUCIBLE CON EL AMPARO DE INVALIDEZ LABORAL, ESTOS DOS AMPAROS SON EXCLUYENTES Y EN CONSECUENCIA, SI UN MISMO EVENTO AFECTA LOS DOS AMPAROS SE INDEMNIZARÁ LA SUMA ASEGURADA DE UNO SOLO DE ELLOS. UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD GRAVE TERMINA AUTOMÁTICAMENTE LA COBERTURA OTORGADA MEDIANTE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL RESPECTIVO.

CLÁUSULA QUINTA DEFINICIONES

GRUPO ASEGURABLE

El grupo asegurable lo conforman los usuarios de la Empresa de Servicios Públicos.

ASEGURADO

Tiene calidad de Asegurado la persona que figura como tal en el Certificado Individual de Seguro, cuya muerte, invalidez laboral o enfermedad grave generará el siniestro si se cumplen las condiciones contempladas en las cláusulas de este condicionado.

BENEFICIARIO

Los beneficiarios para el presente seguro serán los designados por el asegurado, en su defecto los de ley (artículo 1142 del código de comercio). PREEXISTENCIA

Se entiende por condición médica preexistente:

- Cualquier enfermedad que, con anterioridad a la inclusión del Asegurado en la póliza, se haya contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento.
- Las consecuencias derivadas de la misma, aun cuando tales consecuencias se manifiesten o diagnostiquen con posterioridad al ingreso del Asegurado a la póliza.
- Las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes de la inclusión del Asegurado en la póliza.

CLAUSULA SEXTA EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

La contratación del seguro se realizará teniendo en cuenta las edades de ingreso y de permanencia, las cuales aplican para todos los amparos así:

Edad mínima de ingreso: 18 años
Edad máxima de ingreso: 65 años
Edad de permanencia: 70 años.

PARÁGRAFO: Si eventualmente y no obstante haber cumplido la edad de permanencia, se sigue pagando el valor de la prima, debe quedar claro que la obligación de LA COMPAÑÍA se limita a la devolución de dichos valores.

CLAUSULA SÉPTIMA INDEMNIZACIÓN

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que está obligada dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía si fuere el caso, de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, mediante la presentación de documentos tales como:

6.1 PROCEDIMIENTO PARA LA RECLAMACION-AMPARO AUXILIO EN CASO DE FALLECIMIENTO

- Fotocopia de la Cédula del asegurado.
- Registro civil de defunción.
- Última factura del servicio debidamente pagada.
- Documentos de identidad de los beneficiarios o acreditación de dicha calidad.
- Informe del médico tratante que precise la naturaleza de la enfermedad o accidente.
- Historia clínica completa.

6.2 EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE U HOMICIDIO:

- Acta de levantamiento del cadáver, necropsia o certificación expedida por la Fiscalía o autoridad competente que indique la forma de identificación del fallecido y las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el siniestro.
- Los demás documentos necesarios para determinar la ocurrencia del siniestro.

Lo anterior sin perjuicio de la facultad de la Compañía para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación, y de la facultad del Beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por la ley.

6.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECLAMACION- IVALIDEZ LABORAL Y ENFERMEDADES GRAVES:

1. Historia clínica completa.
2. Resultados radiológicos y de laboratorio e informe de los médicos que atendieron al Asegurado por la afección o accidente que dio origen a la incapacidad. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de tales pruebas, por lo cual LA COMPAÑÍA queda facultada para efectuar la evaluación médica correspondiente.
3. Documento de identidad del asegurado.

CLAUSULA OCTAVA VIGENCIA DEL SEGURO

La vigencia del Certificado Individual de Seguro es anual e iniciará a las 00:00 horas del día siguiente en que inician las coberturas.

CLÁUSULA NOVENA RENOVACIÓN DEL SEGURO

El seguro se renovará con el pago de la prima respectiva hasta el aniversario más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de permanencia, salvo que cualquiera de las partes (Tomador, Asegurado y/o Aseguradora) manifieste su intención de no renovar el seguro con una antelación no inferior a 30 días comunes al vencimiento de la vigencia del seguro, mediante comunicación escrita enviada al domicilio del Tomador y/o Asegurado y/o Aseguradora registrado en el Certificado Individual de Seguro.

CLÁUSULA DECIMA VALORES ASEGURADOS Y PRIMAS

El valor asegurado contratado se incrementará en cada anualidad de acuerdo con el índice de precios al consumidor del año inmediatamente anterior, mientras la cobertura continúe vigente. La prima se reajustará al vencimiento de cada anualidad de acuerdo con el valor asegurado y la tarifa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagadera mensualmente y mes vencido. El plazo otorgado para el pago de la misma termina en la fecha límite otorgada por la Empresa de Servicio Público para el recaudo de la factura correspondiente. La mora en el pago de la prima produce la terminación del seguro de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1152 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de todos o de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza, termina por las siguientes causas: Por no pago de prima o mora en el pago de la misma, Cuando el tomador o el asegurado revoquen por escrito el seguro, Pago de la indemnización del amparo de invalidez laboral o de enfermedades graves o de muerte del Asegurado, Cuando el asegurado cumpla la edad de permanencia de la póliza, Por disposición de la ley o de autoridad competente, Al vencimiento del término de vigencia si el seguro no se renueva, Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurable.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA GRUPO ASEGURABLE Y EDADES

CADA UNO DE LOS GRUPOS BÁSICOS FAMILIARES DEBE SER MÁXIMO DE 5 FAMILIARES INCLUIDO EL ASEGURADO DE LAS COBERTURAS BÁSICAS DE LA PÓLIZA Y PUEDE ESTAR CONFORMADO POR LOS SIGUIENTES PARENTESCOS DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y ÚNICO CIVIL.

GRUPO BÁSICO CASADO

ASEGURADO DE LAS COBERTURAS BÁSICAS DE LA PÓLIZA: MENOR DE 70 AÑOS, CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)
PERMANENTE DEL ASEGURADO DE LAS COBERTURAS BÁSICAS DE LA PÓLIZA: MENOR DE 70 AÑOS, HIJOS DEL
ASEGURADO DE LAS COBERTURAS BÁSICAS DE LA PÓLIZA: DESDE EL SEXTO MES DE EMBARAZO Y MENORES DE 30
AÑOS

GRUPO BÁSICO SOLTERO

ASEGURADO DE LAS COBERTURAS BÁSICAS DE LA PÓLIZA: MENOR DE 70 AÑOS, PADRES DEL ASEGURADO DE LAS
COBERTURAS BÁSICAS DE LA PÓLIZA MENORES DE 65 AÑOS, HERMANOS DEL ASEGURADO DE LAS COBERTURAS
BÁSICAS DE LA PÓLIZA: DESDE EL SEXTO MES DE EMBARAZO Y MENORES DE 26 AÑOS.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS EXEQUIALES OBJETO DE LA COBERTURA A INDEMNIZAR

SERVICIOS INICIALES

Trámites legales y notariales,

- Traslado del fallecido a nivel local
- Tratamiento de conservación del cuerpo.
- Cofre fúnebre o ataúd
- Sala de velación con su equipo.
- Implementos propios para la velación.
- Llamadas locales dentro de la sala, Servicio de cafetería dentro de la sala.
- Misa de exequias o rito ecuménico.
- Carroza o coche fúnebre,
- Cinta impresa,
- Arreglo floral para el cofre, Transporte acompañantes (hasta 25 personas y según disponibilidad), Carteles (máximo 10).
- Libro de registro de asistentes.

SERVICIOS DE DESTINO FINAL

SERVICIOS DE INHUMACIÓN

- * Lote o bóveda en asignación y su adecuación por el tiempo determinado en cada región.
- * Exhumación de restos a la finalización del período de asignación.
- * Urna para los restos.
- * Osario en tierra por el tiempo determinado y de acuerdo a la disposición en cada región.

SERVICIOS DE CREMACIÓN

- * Cremación
- * Urna cenizaria
- * Ubicación de las cenizas en cenizario en tierra por el tiempo determinado y de acuerdo a la disposición en cada región.

MODIFICACIONES AL AMPARO OPCIONAL EXEQUIAL

Sólo se considerarán dos situaciones para incluir un nuevo asegurado al grupo inicialmente definido, y se requerirá la previa aceptación escrita de LA COMPAÑÍA:

- 1) Cuando cambie el estado civil del Asegurado de las coberturas básicas de la póliza, siempre y cuando se reporte dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del cambio.
- 2) Cuando haya nacimientos de nuevos hijos, reportados dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento, y sin perjuicio del beneficio para los hijos en gestación.

TRÁMITE DE SOLICITUD DE LA INDEMNIZACIÓN DEL SEGURO EXEQUIAL

Acacia la muerte amparada de alguno de los asegurados, de acuerdo al plan contratado, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización mediante reembolso, a quien compruebe haber pagado el valor de los servicios funerarios, sin exceder el límite asegurado, de la suma en dinero pagada con ocasión al fallecimiento del asegurado principal o de cualquier integrante del grupo familiar asegurado relacionado en la póliza de acuerdo a las características del servicio estipulado en la cláusula cuarta del presente contrato y conforme al valor asegurado estipulado en la carátula de la póliza y para tal efecto se tendrán en cuenta las siguientes condiciones:

- Para cualquier duda, consulta o aclaración del plan y cobertura contratada, podrá solicitar esta información a través de nuestro call center el cual estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en los teléfonos 3077007 en Bogotá., y 018000116699 a nivel nacional.
- Se debe indicar el nombre y el número de la cédula del asegurado fallecido, el número de la póliza, causa de la muerte, su ubicación y disponer del acta de defunción para cualquier pago del seguro expedida por el médico tratante o un médico legista.
- Al momento de solicitar la indemnización, nuestro call center lo guiara en caso de ser requerido en los documentos necesarios para el reclamo, de acuerdo con la cobertura otorgada.

- Exclusivamente para los asegurados o sus responsables, que soliciten la indemnización a quien compruebe haber pagado el valor de los servicios funerarios, sin exceder el límite asegurado, deberá tener en cuenta que la suma en dinero que deba reembolsar LA COMPAÑÍA con ocasión al fallecimiento del asegurado principal o de cualquier integrante del grupo familiar asegurado, LA COMPAÑÍA pagará el valor presentado el original de las facturas, de acuerdo con los servicios funerarios que se le hayan prestado, todo dentro de los límites de cobertura otorgado en la póliza. El call center informará a donde deberán remitirse las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada. En ningún caso LA COMPAÑÍA realizará un pago sin que hayan remitido las facturas originales correspondientes y estas siempre deberán cumplir con los requisitos exigidos por la ley.
- Las llamadas telefónicas fuera de Bogotá serán con cobro revertido, y en los lugares en que no fuera posible hacerlo así, el asegurado, podrá recuperar el importe de las llamadas, contra presentación de los recibos.
- En ningún caso se realizarán pagos de servicios fuera del país a menos que sean previamente autorizados por LA COMPAÑÍA.

PRUEBAS DE LA RECLAMACIÓN

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que esté obligada dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de comercio, mediante la presentación de documentos tales como:

- A. Informe del accidente.
- B. Registro civil de nacimiento Del asegurado.
- C. Registro civil de defunción.
- D. Acta de levantamiento del cadáver.
- E. Certificado de necropsia.
- F. Original de la póliza.
- G. Documento de identidad del asegurado fallecido, así como del (de los) beneficiario(s).
- H. Historia clínica del asegurado si existió atención en un establecimiento clínico u hospitalario.
- I. Los documentos que legalmente sean necesarios para acreditar la condición o legitimidad del (los) beneficiario (s) de la póliza.
- J. Cualquier otro documento que LA COMPAÑÍA esté en derecho de exigir en relación con la prueba de la ocurrencia del siniestro.
- K. Facturas originales del servicio o relación de Gastos

Lo anterior sin perjuicio de la facultad que LA COMPAÑÍA para exigir cualquier prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación, y de la facultad del beneficiario de acreditar la ocurrencia del siniestro por cualquier medio probatorio reconocido por la ley

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTO PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Beneficiario en su caso quedará privado de todo derecho procedente de la presente Póliza cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SISTEMA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS SUPERINTENDENCIA FINANCIERA – SIPLA

El Tomador se compromete a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente, de conformidad con lo previsto en el decreto 663 de 1993 y en la Circular Externa Básica Jurídica 022 de 2007 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia. De igual manera, se obliga a actualizar la información contenida en el formato, cuando fuere requerida por la Aseguradora y suministrar los soportes documentales que se llegaren a exigir.

**CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA
MODIFICACIONES**

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales legalmente establecidas para la Póliza, que representen un beneficio en favor del asegurado, tales modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la Póliza.

**CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA
NOTIFICACIONES**

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes. Se exceptúa de lo anterior el aviso del siniestro, de conformidad con el artículo 1075 del Código del Comercio.

**CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA
PRESCRIPCIÓN**

La prescripción de las acciones derivadas de la presente Póliza se regirá de conformidad con los términos consagrados en el artículo 1081 del Código de Comercio.

**CONDICIÓN NOVENA
DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la Póliza como lugar de expedición.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA
NORMAS REGULADORAS**

Lo no previsto en las condiciones generales o particulares se regirá por las disposiciones contempladas en el Código del Comercio.