



Certificado Individual "SEGURO PROTECTOR"

Aseguradora
LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT 860.008.645-7

Tomador
SURTIGAS S.A. E.S.P.

Póliza No
GC-91207914

Amparos contratados
1) VIDA
2) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Asegurados

 HASTA 3 HABITANTES DEL PREDIO EN EL CUAL SE PRESTA EL SERVICIO PÚBLICO, QUE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- QUE SEAN MAYORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS.
- QUE RESIDAN EN EL INMUEBLE DE MANERA PERMANENTE (POR PERÍODO SUPERIOR A UN (1) MES).

Valor Asegurado Total 3 personas	Valor Global	Valor por persona
1) VIDA	\$ 14'488.744	\$ 4'829.581
2) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ 14'488.744	\$ 4'829.581

En el caso de los predios comerciales, tienen la calidad de Asegurados hasta tres (3) representantes legales del predio en el cual se presta el servicio público, siempre y cuando sean mayores de dieciocho (18) años de edad y figuren registrados como tales en el Certificado de la Cámara de Comercio.

Beneficiarios

- PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SERÁ EL MISMO ASEGURADO.
- PARA EL AMPARO DE VIDA SERÁN LOS DE LEY.

Vigencia
1 de Marzo de 2018 a 1 de Marzo de 2019
Vigencia anual, renovable si se efectúa el pago de la prima del período siguiente al del vencimiento de la vigencia.

Estrato
1 y 2

Prima
\$ 5.590

Forma de Pago
MENSUAL

Artículo 1052 del Código de Comercio: "El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las"


 Firma Autorizada
 Liberty Seguros de Vida S.A.



Compañía de Seguros

OFIXPRES NIT. 900.156.826-1

LIBERTY U-4455cs4,13

APROBACIÓN DE DISEÑOS

 SUMINISTROS Y SERVICIOS LOGÍSTICOS	Tintas Pantones <input checked="" type="checkbox"/> Policromía <input type="checkbox"/> Ref. Tintas <input type="checkbox"/> 281C <input type="checkbox"/> 254C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sku 24074 Código Artículo	Microtextos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tamaño 8 1/2 X 11" OBSERVACIONES:
Partes No. <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	Fecha de recibido DÍA MES AÑO Documentos
Frente <input checked="" type="checkbox"/> Respaldo <input type="checkbox"/> Diagramador <i>Carolina Suarez</i>	Fecha Envío DÍA MES AÑO Diagramación a Prepresas

ATENCIÓN

APRECIADO CLIENTE:
 USTED ESTÁ AUTORIZANDO ESTE ARTE FINAL QUE SIRVE COMO BASE PARA LA IMPRESIÓN DE SUS PRODUCTOS, REVÍSELO DETALLADAMENTE EN LO QUE SE REFIERE A TEXTOS, ENCASILLADOS, LOGOSÍMBOLOS, DISTRIBUCIÓN DE COLORES Y APARIENCIA EN GENERAL.

NO ES UNA PRUEBA DE COLOR(ES) DEFINITIVO(S) ES SU RESPONSABILIDAD LA APROBACIÓN DE ESTE ARTE.

FIRMA Y FECHA DE APROBACIÓN

DÍA
MES
AÑO

FOROF025A
17-02-2017
Vers. 3

Póliza Seguro de Vida Programa Empresas de Servicios Públicos

CONDICIONES GENERALES

LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA PROGRAMA EMPRESAS DE SERVICIOS PÚBLICOS, ES UN PRODUCTO DIRIGIDO A QUIENES SEAN MAYORES DE EDAD Y HABITEN EN EL INMUEBLE EN EL QUE SE PRESTA EL SERVICIO PÚBLICO O A LOS REPRESENTANTES LEGALES DE LAS EMPRESAS EN CUYAS INSTALACIONES SE PRESTA EL SERVICIO PÚBLICO O PARA LAS PERSONAS QUE TIENEN EN USO LAS INSTALACIONES COMERCIALES Y SE PRESTA EL SERVICIO PÚBLICO Y QUE NO TENGAN LA CALIDAD DE REPRESENTANTES LEGALES.

CLÁUSULA PRIMERA

AMPAROS

LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A., EN ADELANTE LIBERTY, AMPARA A LOS ASEGURADOS CONTRA LOS SIGUIENTES EVENTOS, SIEMPRE Y CUANDO OCURRAN DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

1. MUERTE

LIBERTY PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO O PÓLIZA, CON OCASIÓN DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SIEMPRE Y CUANDO DICHO EVENTO NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE EXCLUIDO, DE CONFORMIDAD CON LA CLÁUSULA SEGUNDA DE ESTAS CONDICIONES.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA PÉRDIDA DE LAS FUNCIONES FÍSICAS O MENTALES DEL ASEGURADO EN UN PORCENTAJE IGUAL O MAYOR AL 50%.

LIBERTY PAGARÁ, EL VALOR ASEGURADO REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO O PÓLIZA POR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DECLARADA OCURRIDA AL ASEGURADO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SI DICHO EVENTO NO SE ENCUENTRA EXPRESAMENTE EXCLUIDO DE CONFORMIDAD CON LA CLÁUSULA SEGUNDA DE ESTAS CONDICIONES.

PARA LA OPERANCIA DEL AMPARO SE REQUIERE QUE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE LE HA SIDO DECLARADA AL ASEGURADO POR UN ACCIDENTE OCURRIDO O ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, SEA MAYOR O IGUAL AL 50%. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER DECLARADA POR CUALQUIERA DE LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL TALES COMO: FONDO DE PENSIONES, ARL, LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ O LOS MEDICOS LABORALES DE LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO SE ENTIENDE COMO FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

SI LA CAUSA DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE 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, LIBERTY PAGARÁ EN EL TIEMPO ESTIPULADO POR LA LEY LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE, PREVIO LA DEMOSTRACIÓN DE LA INCAPACIDAD.

CLÁUSULA SEGUNDA

2. EXCLUSIONES GENERALES Y LIMITACIONES DE LOS AMPAROS DE MUERTE Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.1 EXCLUSIONES

LIBERTY QUEDA EXONERADA DE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE O POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO SI LA MUERTE O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SON CONSECUENCIA O ESTÁN RELACIONADOS CON:

A. SUICIDIO, O LA TENTATIVA DE ESTE EN EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

B. ACTIVIDADES ILÍCITAS DEL ASEGURADO

C. LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTÍN, HUELGA, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS EN GENERAL, CONMOCIONES CIVILES DE CUALQUIER CLASE.

2.2 QUEDA TAMBIÉN EXCLUIDA DE LA COBERTURA OTORGADA POR LA PRESENTE PÓLIZA:

A. LA MUERTE O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA EN CUYAS INSTALACIONES SE PRESTA EL SERVICIO PÚBLICO, SI ESTE NO TUVIERA DICHA CALIDAD POR UN PERIODO DE TIEMPO SUPERIOR A UN MES.

B. LA MUERTE O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUANDO EL HABITANTE DEL INMUEBLE DONDE SE PRESTA EL SERVICIO PÚBLICO, SEA MENOR DE DIECIOCHO (18) AÑOS.

C. LA MUERTE O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL HABITANTE DEL INMUEBLE DONDE SE PRESTA EL SERVICIO PÚBLICO, CUANDO ESTE NO SEA HABITANTE PERMANENTE DEL INMUEBLE O NO LO HAYA HABITADO POR LO MENOS POR UN MES, DENTRO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

2.1.2 LIMITACIONES

LAS COBERTURAS OTORGADAS ESTAN SUJETAS A LAS SIGUIENTES LIMITACIONES:

A. EN CASO DE SUICIDIO O TENTATIVA DE ÉSTE, SOLO SE CUBRE LA MUERTE O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, SI OCURREN DESPUÉS DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO.

B. NO SE CUBRIRÁ LA MUERTE A QUIEN HAYA RECIBIDO INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, BAJO LA PRESENTE PÓLIZA EN CUALQUIERA DE SUS VIGENCIAS.

CLÁUSULA TERCERA

VIGENCIA DEL SEGURO

El seguro es de vigencia anual e inicia a partir de las 00 horas del día siguiente a aquel en que se realice el pago de la prima del seguro.

CLÁUSULA CUARTA

RENOVACIÓN DEL SEGURO

La póliza, para los asegurados en cada certificado de seguro se entenderá renovada, si se efectúa el pago de la prima del periodo siguiente al del vencimiento de la vigencia. No obstante las partes podrán manifestar antes del vencimiento de la vigencia y por lo menos con un mes de antelación a éste, su intención de no renovar el presente seguro.

CLÁUSULA QUINTA

TERMINACIÓN DEL SEGURO

El presente seguro termina por las siguientes causas:

- A. Por no pago de la prima dentro del periodo establecido (mora en el pago de la prima)
- B. Por revocación por parte del Tomador de la póliza de ésta o de uno o más certificados de la misma.
- C. Por disposición de la ley o de autoridad competente.
- D. Por vencimiento del término de vigencia del Seguro si no se efectúa el pago de la prima del periodo siguiente a la fecha de vencimiento.

CLÁUSULA SEXTA

VALORES ASEGURADOS Y PRIMAS

El valor asegurado de cada amparo (Muerte o Incapacidad Total y Permanente), es el que se registra

en la oferta de seguro o Certificado de Seguro; que se incrementará en cada anualidad de acuerdo con el índice de precios al consumidor (IPC) 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.

El valor de la prima corresponde al precio del seguro por una persona, pero el seguro cubre hasta tres personas, de acuerdo con la definición de asegurado contenida en estas Condiciones.

CLÁUSULA SÉPTIMA

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios, de la indemnización bajo el amparo de Muerte serán los de ley, salvo que el asegurado realice su designación mediante comunicación escrita dirigida directamente a LIBERTY.

El beneficiario de la indemnización bajo el amparo de Incapacidad Total y Permanente será el mismo Asegurado.

CLAUSULA OCTAVA

DEFINICIONES

VALOR ASEGURADO

El Valor Asegurado, es la suma registrada en la oferta de seguro o en el certificado correspondiente para cada amparo y corresponde a la máxima responsabilidad del asegurador, para la vigencia afectada, por la ocurrencia de un evento amparado que no se encuentre excluido.

ASEGURADO

Predio habitacional
Tienen la calidad de asegurados hasta tres (3) habitantes del predio en el cual se presta el servicio público, siempre y cuando sean mayores dieciocho (18) años de edad, habiten en el inmueble de manera permanente, o por lo menos por un periodo superior a un (1) mes contado desde el inicio de vigencia del seguro.

Predio comercial
Tienen la calidad de asegurados durante la vigencia de la póliza hasta tres (3) representantes legales de la empresa en cuyas instalaciones se presta el servicio público, siempre y cuando sean mayores dieciocho (18) años de edad y figuren como tales en el certificado de Cámara de Comercio. Para los predios comerciales que no tengan Representante Legal registrado en Cámara de Comercio, se considera asegurado la persona que tiene en uso el establecimiento comercial, donde se presta el servicio público, siempre que se demuestre que lo tiene en uso de manera permanente o por lo menos por un periodo superior a un (1) mes, y haya realizado el pago de la prima correspondiente.

VIGENCIA DEL SEGURO

Es el periodo de duración del contrato. El presente seguro es de vigencia anual, renovable.

SINIESTRO

Es la ocurrencia del fallecimiento o de la Incapacidad Total y Permanente dentro de la vigencia del seguro, siempre y cuando no se encuentren excluidos de cobertura de acuerdo con la cláusula segunda de las presentes Condiciones Generales.

HABITANTE

La(s) persona(s) mayor(es) de dieciocho (18) años que, habiten en el inmueble en donde se presta el servicio público, de manera permanente, o por lo menos por un periodo superior a un (1) mes contado desde el inicio de vigencia del seguro.

REPRESENTANTE LEGAL

La representación legal es la facultad otorgada por la ley a una persona para obrar en nombre de otra, recayendo en ésta los efectos de tales actos. Para los efectos del presente seguro tiene la calidad de Representante legal, la persona que en el Certificado de Cámara o documento de existencia y representación, figure como tal, en la empresa en cuyas instalaciones se presta el servicio público.

CLAUSULA NOVENA

9.1 PAGO DEL VALOR DE LA INDEMNIZACION AMPARO DE MUERTE

Para reclamar bajo el amparo de Muerte, se debe acreditar la ocurrencia del fallecimiento del asegurado, adjuntando los siguientes documentos, con la comunicación de reclamación:

- a. Fotocopia de la Cédula del asegurado.
- b. Registro civil de defunción.
- c. Última factura del servicio debidamente pagada.
- d. Documentos de identidad de los beneficiarios.
- e. Dos declaraciones extra juicio, en las que manifieste cada declarante el conocimiento que tenía de la persona fallecida, mencionar el lugar en donde habitaba el fallecido, indicar el tiempo durante el cual habitó en dicho lugar y si tenía hijos, cónyuge, padres vivos, indicando sus nombres y demás información que posean sobre el fallecido.

9.2 PAGO DEL VALOR DE LA INDEMNIZACION AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para reclamar bajo el amparo Incapacidad Total y Permanente, se debe acreditar la ocurrencia del siniestro de incapacidad total y permanente, para lo cual se deben adjuntar los siguientes documentos:

- a. Fotocopia de la Cédula del asegurado.
- b. La calificación de la Incapacidad Total y Permanente por la entidad competente o el suministro completo de la historia clínica del asegurado, con el fin de que la valoración de la pérdida de capacidad sea efectuada por los médicos laborales de la aseguradora.
- c. Dos declaraciones extra juicio, en las que manifieste cada declarante el conocimiento que tiene de la persona afectada con la Incapacidad Total y Permanente, mencionando el lugar en donde habita la persona incapacitada, indicando el tiempo durante el cual ha habitado éste en dicho lugar.

Lo indicado en los numerales 9.1 y 9.2, sin perjuicio de la facultad de LIBERTY 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.

CLAUSULA DÉCIMA

DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad estipulada en certificado de seguro como lugar de expedición del mismo.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA

NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, al Tomador, Asegurado, o a los beneficiarios la constancia del envío por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SISTEMA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS SUPERINTENDENCIA FINANCIERA – SARLAFT

El Tomador se compromete a cumplir con el deber de diligencia en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente, de conformidad con lo previsto en el Capítulo XI del Título I de la Circular Externa Básica Jurídica 007 de 1996 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.

01/08/2014-1418-P-34-PVSP-03

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Para mayor información, llame a la línea gratuita **164**



LIBERTY U-4455cs4,13sin modificar

APROBACIÓN DE DISEÑOS

		Tintas Pantones <input checked="" type="checkbox"/> Policromía <input type="checkbox"/> Ref. Tintas <input type="checkbox"/> 281C <input type="checkbox"/> 254C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sku 24074	Microtextos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Código Artículo	Tamaño 8 1/2 X 11"	
OBSERVACIONES:		
Partes No. <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	Fecha de recibido DÍA MES AÑO Documentos	
Frente <input type="checkbox"/> Respaldo <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha Envío DÍA MES AÑO Diagramación a Prepresas	
Diagramador <i>Carolina Suarez</i>	FIRMA Y FECHA DE APROBACIÓN DÍA MES AÑO	

ATENCIÓN

APRECIADO CLIENTE:
USTED ESTÁ AUTORIZANDO ESTE ARTE FINAL QUE SIRVE COMO BASE PARA LA IMPRESIÓN DE SUS PRODUCTOS, REVÍSELO DETALLADAMENTE EN LO QUE SE REFIERE A TEXTOS, ENCASILLADOS, LOGOSÍMBOLOS, DISTRIBUCIÓN DE COLORES Y APARIENCIA EN GENERAL.

NO ES UNA PRUEBA DE COLOR(ES) DEFINITIVO(S) ES SU RESPONSABILIDAD LA APROBACIÓN DE ESTE ARTE.

FOROF025A
17-02-2017
Vers. 3