



Seguro

## SU FUTURO ECONÓMICO ASEGURADO

**Sr. Usuario(a):**

¿Ha pensado en el futuro de su familia en caso de que usted falte?

COBERTURAS	Estrato 1 y 2	Estrato 3 y 4	Estrato 5 y 6
Muerte Accidental	\$10.000.000	\$15.000.000	\$20.000.000
Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente	\$10.000.000	\$15.000.000	\$20.000.000
Auxilio Mensual para Canasta Familiar en caso de Muerte Accidental (hasta 5 meses)	\$100.000	\$150.000	\$500.000
Auxilio mensual para gastos de estudio por cada hijo menor de 25 años por muerte accidental. (Se indemniza el equivalente a 5 mensualidades pagaderas en un solo contado - Máximo 3 hijos)	\$50.000	\$100.000	\$300.000
<b>VALOR PRIMA MENSUAL</b>	<b>\$3.193</b>	<b>\$4.867</b>	<b>\$7.309</b>

### INFORMACIÓN IMPORTANTE:

Si desea asegurarse, pague con el desprendible de la factura que incluye el seguro, si no lo desea, pague con el desprendible que contiene solo el servicio.

### TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- Conserve este documento, al respaldo encontrará un resumen de las condiciones particulares del seguro.
- La adquisición de este seguro es completamente voluntaria.
- Para adquirir el Seguro usted solamente tiene que encontrarse en buen estado de salud, que no le hayan diagnosticado enfermedades graves, ser menor de 69 años y cancelar el valor estipulado en la factura (Valor total + seguro).
- El valor asegurado y la prima aumentarán anualmente acorde a las tarifas del mercado y al aumento del IPC vigente a 31 de Diciembre del año inmediatamente anterior.
- Para modificaciones, designación de beneficiarios y cambios de dirección, llame a la línea gratuita 01 8000 523500.
- El seguro tendrá vigencia con el pago de la prima mensual. El no pago de la prima, ocasionará la revocación del seguro, pero no la suspensión del servicio de GAS.
- El asegurado será el arrendatario y/o propietario del inmueble.
- Recuerde que si sólo cancela el valor del servicio de gas, no quedará asegurado.

Si desea mayor información comuníquese con nuestra línea de atención a nivel nacional 01 8000 523500 y en Bogotá al 594 1139.

Cordialmente:

**GERENCIA SURTIGAS S.A. E.S.P.**

Con el respaldo

Colseguros — Allianz



ASSVIDA



**EXTRACTO CONDICIONES PARTICULARES -  
PÓLIZA DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES -  
ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A. -  
"SU FUTURO ECONÓMICO ASEGURADO"**

**1. TOMADOR**

SURTIGAS S.A. E.S.P  
NIT: 890.400.869-9

**2. PÓLIZA MATRIZ**

APAF 3155

**3. VIGENCIA DEL SEGURO INDIVIDUAL**

El seguro inicia a las 24:00 horas de la fecha de pago de prima por parte del asegurado, con vigencia anual con renovación automática.

**4. GRUPO ASEGURABLE**

Aquel que ostente la calidad de propietario y/o arrendatario del inmueble.

**5. EDADES**

La edad mínima de ingreso para Muerte Accidental, Auxilio Mensual para Canasta Familiar en caso de Muerte Accidental, Auxilio mensual para gastos de estudio por cada hijo menor de 25 años por muerte accidental, es de 18 años y la máxima de 69 años. La de permanencia será hasta los 70 años.

La edad mínima de ingreso para Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente es de 18 años y la máxima de 64 años. La edad de permanencia será hasta los 65 años.

**6. AMPAROS**

La compañía otorga las siguientes coberturas en este seguro con el valor asegurado individual establecido de acuerdo al estrato donde resida el asegurado; solo se podrá adquirir una póliza:

**Muerte Accidental:** Cubre la muerte del asegurado siempre y cuando se origine en un accidente y se presente dentro de la vigencia de la póliza, entendiéndose por accidente todo suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino, verificable mediante examen médico e independiente de la voluntad del Asegurado.

**Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente:** Se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARP, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que el asegurado ha sufrido una pérdida superior al 50% de su capacidad laboral. El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente Incapacidad Total y Permanente.

**Auxilio Mensual para Canasta Familiar en caso de Muerte Accidental:** En caso de muerte accidental del asegurado, sus beneficiarios contarán con un auxilio que funciona como un valor adicional al Amparo Básico de carácter indemnizatorio.

**Auxilio mensual para gastos de estudio por cada hijo menor de 25 años por muerte accidental**

La compañía reconocerá en caso de muerte accidental del asegurado, un valor adicional al amparo básico, cuya finalidad es brindar un auxilio en efectivo a los beneficiarios del seguro para ayuda de gastos de estudio, de acuerdo al plan de valor asegurado

seleccionado. Se indemniza el equivalente a 5 mensualidades pagaderas en un solo contado por cada hijo beneficiario y hasta un máximo de tres (3) hijos.

**7. EXCLUSIONES MUERTE ACCIDENTAL, AUXILIO MENSUAL PARA CANASTA FAMILIAR EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL Y/O AUXILIO MENSUAL PARA GASTOS DE ESTUDIO POR CADA HIJO MENOR DE 25 AÑOS POR MUERTE ACCIDENTAL:**

Esta póliza y sus anexos no cubren las pérdidas, lesiones o muerte que tengan origen o que sea consecuencia directa o indirecta de:

**A.** Lesiones causadas por otra persona tales como las producidas con arma de fuego, cortante, punzante, contundente, con explosivos o por envenenamiento. Se exceptúa de esta exclusión la muerte como consecuencia de accidente de tránsito.

**B.** Suicidio o su tentativa.

**C.** Enfermedades físicas o mentales del asegurado, cualquier clase de hemias y várices, tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean necesarios en razón de accidentes amparados por esta póliza, ni los efectos psíquicos o estéticos de cualquier accidente o enfermedad.

**D.** Actos de guerra interior o exterior, rebelión, sedición, conmoción interior, asonada, actos terroristas, huelga o actos violentos cualquiera que sea su origen.

**E.** Participación del asegurado en labores militares, en las fuerzas armadas, navales, aéreas o de policía de cualquier país o autoridad internacional, así como la participación del asegurado en grupos al margen de la ley.

**F.** El uso de cualquier aeronave en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de vuelo o miembro de la tripulación.

**G.** Accidentes que sufra el asegurado cuando se desplace en helicópteros o cuando viaje como pasajero en vuelos para los cuales no existan itinerarios regulares debidamente publicados. Lo anterior, a menos que se haya contratado la cobertura especial de vuelo.

**H.** Hallarse voluntariamente el asegurado bajo influencia de bebidas alcohólicas, estupefacientes, alucinógenos o drogas tóxicas o heroicas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica y solo en los casos en los que la pérdida se produzca como causa directa de este hecho.

**I.** Convulsiones de la naturaleza de cualquier clase; fisión, fusión nuclear o radioactividad.

**J.** Violación de normas de carácter penal.

**K.** Accidentes ocurridos con antelación al inicio de vigencia del amparo individual, o sus secuelas.

**L.** Los accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x o choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.

**8. BENEFICIARIOS**

Para efectos de este seguro, los beneficiarios serán los de ley.

**9. AUTORIZACIÓN**

Autorizo a la Aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aún después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades y mi profesión u oficio son lícitos.

**10. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

El grupo asegurado que se encuentren amparados bajo esta póliza deben encontrarse en buen estado de salud, esto es que su habilidad física no se encuentre de manera

reducida, ni padezca o haya padecido de paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, apoplejía, ataques de delirium tremens, sonambulismo, síncope, vértigos, enfermedades mentales o enfermedades coronarias y cualquier otro tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de ingreso o de aumento de valor asegurado, según corresponda.

Dado que la condición de la declaración de asegurabilidad se encuentra bajo la administración del Tomador, en caso de que por responsabilidad de éste se incluyan dentro de la póliza personas que excedan los límites de edad, valor asegurado y estado de salud, la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a la devolución de primas por concepto de este ingreso.

**11. PLAZO Y DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS.**

La Aseguradora de Vida Colseguros S.A., efectuará el pago de la indemnización correspondiente dentro del mes siguiente a la fecha en que el Tomador haya acreditado la ocurrencia del siniestro y cuantía.

A continuación se indican los documentos mínimos que deberán aportarse en caso de siniestro, en original o fotocopia autenticada según sea el caso:

**En caso de Muerte Accidental, Auxilio Mensual para Canasta Familiar en caso de Muerte Accidental y Auxilio mensual para gastos de estudio por cada hijo menor de 25 años por Muerte Accidental:**

- Copia de la solicitud certificado individual de seguro diligenciado por el asegurado.
- Copia del Registro Civil de Defunción.
- Copia de la Cédula de Ciudadanía del asegurado (Se debe de adjuntar copia de la nueva cédula).
- Certificación de la entidad competente que se evidencie la causa del fallecimiento.
- Original del formato de autorización pago por transferencia (Lo debe diligenciar cada beneficiario a reclamar).
- Copia de la Cédula de Ciudadanía de los beneficiarios o registro civil de nacimiento si son menores de edad.

**En caso de Incapacidad de Incapacidad Total y Permanente**

- Original de la póliza.
- Copia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Copia de la historia clínica completa.
- Certificación de la entidad competente (en caso de que haya sido violenta o accidental).
- Concepto del médico tratante que especifique estado actual, secuelas y pronóstico.
- Si tiene dictamen de invalidez aportar copia.
- Formato de pago por transferencia diligenciado.

**En cualquier caso, Aseguradora de Vida Colseguros S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.**

El presente es un extracto de las condiciones particulares de la póliza de Accidentes Personales y Vida Grupo, con carácter meramente informativo. Lo no estipulado en este documento se regirá a las condiciones generales de la póliza de Accidentes Personales APE053-V7 y Vida Grupo GRU045-V9 pertenecientes a la ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.