

## PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

**Personal Asegurado:** Médicos dermatólogos miembros de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica que voluntariamente deseen tomar el seguro.

### **AMPAROS:**

- ***Muerte por cualquier causa*** (básico) incluido el homicidio y el suicidio desde el primer día de seguro.
- ***Incapacidad Total y Permanente***. Ampara la situación mental o física irreversible que impida totalmente al asegurado desarrollar cualquier labor por el resto de su vida.
- ***Doble Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración***. Se pagará una suma igual al 100% de la suma asegurada contratada para el amparo básico.

## PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

- **Enfermedades Graves.** Se ampara como anticipo hasta el 50% del amparo básico, por enfermedades tales como cáncer, insuficiencia renal, infarto al miocardio, Cirugía arteriocoronaria, esclerosis múltiple y trasplantes de órganos vitales.
- **Auxilio Funerario.** Se indemnizará el valor contratado.
- **Renta Diaria por Hospitalización y Cirugía:** Indemniza al asegurado el valor diario asegurado según el plan elegido, mientras se encuentre hospitalizado en una institución de salud debido a enfermedad o accidente, excepto en Unidad de Cuidados Intensivos.

# PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

## PLANES Y COSTOS (al valor indicado incluye \$1.900 por concepto de gastos de expedición)

COBERTURAS	PLAN 1 Valores Asegurados \$COL	PLAN 2 Valores Asegurados \$COL	PLAN 2 Valores Asegurados \$COL
Básico de Muerte	50.000.000	100.000.000	200.000.000
Incapacidad Total y Permanente	50.000.000	100.000.000	200.000.000
Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración	50.000.000	100.000.000	200.000.000
Enfermedades Graves como anticipo del amparo básico de vida 50%	25.000.000	50.000.000	100.000.000
Renta Diaria por Hospitalización	100.000	200.000	300.000
Auxilio Funerario	2.000.000	2.000.000	2.000.000
<b>Prima anual incluye gastos de expedición.</b>	<b>255,615</b>	<b>511,200</b>	<b>1'017,900</b>

## PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

### COBERTURA PARA EL GRUPO FAMILIAR:

La póliza se extiende a amparar a los integrantes de su grupo familiar, cónyuge compañero (a) permanente con las mismas coberturas con un valor asegurado, así:

- Cónyuge o compañero (a) permanente: Hasta el mismo valor del asegurado principal. Prima: La que corresponda al plan escogido
- Hijos (edad máxima de ingreso 28 años y permanencia 30 años): \$25'000,000 de valor Asegurado Prima: \$128.900

Para su aseguramiento se debe diligenciar el formulario de solicitud de acuerdo con el procedimiento indicado más adelante.

# PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

**Edades de Ingreso y Permanencia en la Póliza (Asegurado principal o Cónyuge).**

COBERTURA	INGRESO EDAD MÍNIMA	INGRESO EDAD MÁXIMA	PERMANENCIA
Básico muerte	18 años	69 años	75 años
Incapacidad	18 años	65 años	70 años
Muerte accidental y desmembración	18 años	69 años	70 años
Enfermedades Graves	18 años	55 años	65 años
Renta Diaria por Hospitalización	18 años	55 años	65 años
Auxilio Funerario	18 años	69 años	75 años

# PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

## Requisitos de asegurabilidad:

- ❖ Diligenciamiento de solicitud de seguro y declaración de asegurabilidad adjunta (aplica para todos los asegurados).
- ❖ En caso de que alguna de las preguntas de estado de salud sea respondida afirmativamente, o el Índice de Masa Corporal sea superior a 30, la cobertura quedará sujeta a aceptación expresa de Liberty Seguros de Vida S.A. y a la práctica de los exámenes que médicaamente se estimen convenientes.
- ❖ En función de la edad y de los valores solicitados, serán obligatorios los exámenes determinados en la “**Tabla de Requisitos de Asegurabilidad**” de Vida Grupo que se informarán en su oportunidad.
- ❖ El costo de estos exámenes es asumido por Liberty Seguros. Si se requiere algún examen médico adicional a los establecidos en la tabla de requisitos, su costo será asumido por el solicitante.

**VIGILADO**

Monto / Edad	Hasta 50 años	De 51 a 60 años	De 61 en adelante
Hasta \$200'000.000	1	1	2

- ✖ 1 = Solicitud individual de seguro y declaración de asegurabilidad
- ✖ 2 = Requisito 1 más examen médico de asegurabilidad y examen de orina

# PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

## OTROS EXAMENES:

- Rx del Tórax (Anteroposterior y Lateral): A criterio del médico examinador, en pacientes grandes fumadores, antecedentes de asma, EPOC, sospecha de enfermedad pulmonar o de hipertrofia cardíaca. Costos por cuenta de la Compañía.
- Prueba de Elisa - H.I.V.: A criterio del médico examinador.
- A.P.E. (Antígeno Prostático): A criterio del médico examinador.

## PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

### **Riesgos no asegurables por condición física:**

- Personas discapacitadas
- Personas con pérdida total de la visión
- Personas con pérdida total de la audición o del habla
- Personas que sufren de epilepsia
- Personas con trastornos mentales y drogadicción

## PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

### Procedimiento para tomar el seguro

- Diligenciar debidamente la solicitud de seguro y declaración de asegurabilidad adjunta en todos sus espacios. La información debe ser veraz. Cualquier reticencia o inexactitud, causa la nulidad del seguro.
- Designar los beneficiarios indicando los porcentajes de participación. Esta designación es muy importante ya que en caso de muerte del asegurado, Liberty Seguros pagará directamente a cada uno la respectiva indemnización. De no haber beneficiarios designados, se considerarán los parámetros establecidos por la ley; en este caso el pago se demorará el tiempo que tome el respectivo proceso judicial.
- Firmar y colocar la huella legible. Si la declaración no tiene la firma y huella no será aceptada por Liberty Seguros.

## PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

### Procedimiento para tomar el seguro. *(Continuación).*

- Elija el Plan e indíquelo en el correo en el cual nos remite el formulario a las siguientes direcciones, informándonos la forma en que realizará el pago de la prima (consignación, transferencia electrónica o tarjeta de crédito):
  - [secretaria@asocolderma.com](mailto:secretaria@asocolderma.com)
  - [ag\\_seguros@outlook.com](mailto:ag_seguros@outlook.com)
- Luego debe enviar el original por correo certificado a la siguiente dirección:

Asocolderma: Calle 104 No. 14A-45 Oficina 603 Bogotá D.C.

# PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

## Procedimiento para el pago de la prima - Opciones:

Una vez que la aseguradora haya aceptado y expedido el certificado de seguro correspondiente se lo enviaremos vía e-mail con el valor del costo del seguro, el cual se debe pagar dentro de los 10 días siguientes así:

- **Consignación:** Consignar a favor de Liberty Seguros de Vida S.A. NIT 860.008.645-7, la suma respectiva (cheque o efectivo) en cualquiera de las oficinas de:
  - Banco Citibank, Cuenta de Ahorros No. 506019330-6.
  - Bancolombia, Cuenta Corriente No. 04801736642 (**SOLO PARA PAGOS FUERA DE BOGOTA**)
- **Transferencia electrónica:** A través de su cuenta de ahorros o corriente, generar transferencia a favor de Liberty Seguros de Vida S.A. NIT: 860.008.645-7 a cualquiera de las cuentas anteriormente indicadas y enviar soporte para validación con la aseguradora.
- **Tarjeta de Crédito:** Si en el momento de su solicitud informó que el pago se haría por este medio, le enviaremos junto con el certificado de seguro el formulario de autorización no presencial que Liberty Seguros tiene establecido, el cual será diligenciado y enviado a Asocolderma y a AG Seguros para su trámite.

## PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

### Procedimiento para el pago de la prima (continuación)

Llevado a cabo cualquiera de los procedimientos anteriores, se debe enviar vía correo electrónico, copia del comprobante de pago a la siguiente dirección:

[ag\\_seguros@outlook.com](mailto:ag_seguros@outlook.com)

NOTA: Cualquier otro medio de pago: Se debe consultar previamente con AG SEGUROS.

# PÓLIZA DE GRUPO VIDA VOLUNTARIO

## INFORMACION:

Cualquier inquietud puede ser consultada con nuestros asesores de seguros  
**AG SEGUROS** a la siguiente dirección de correo:

[ag\\_seguros@outlook.com](mailto:ag_seguros@outlook.com)

Teléfono en Bogotá: 7383304. celular: 317 5014947

O por intermedio de ASOCOLDERMA enviando correo a:

[secretaria@asocolderma.com](mailto:secretaria@asocolderma.com)

[repcion@asocolderma.com](mailto:repcion@asocolderma.com)