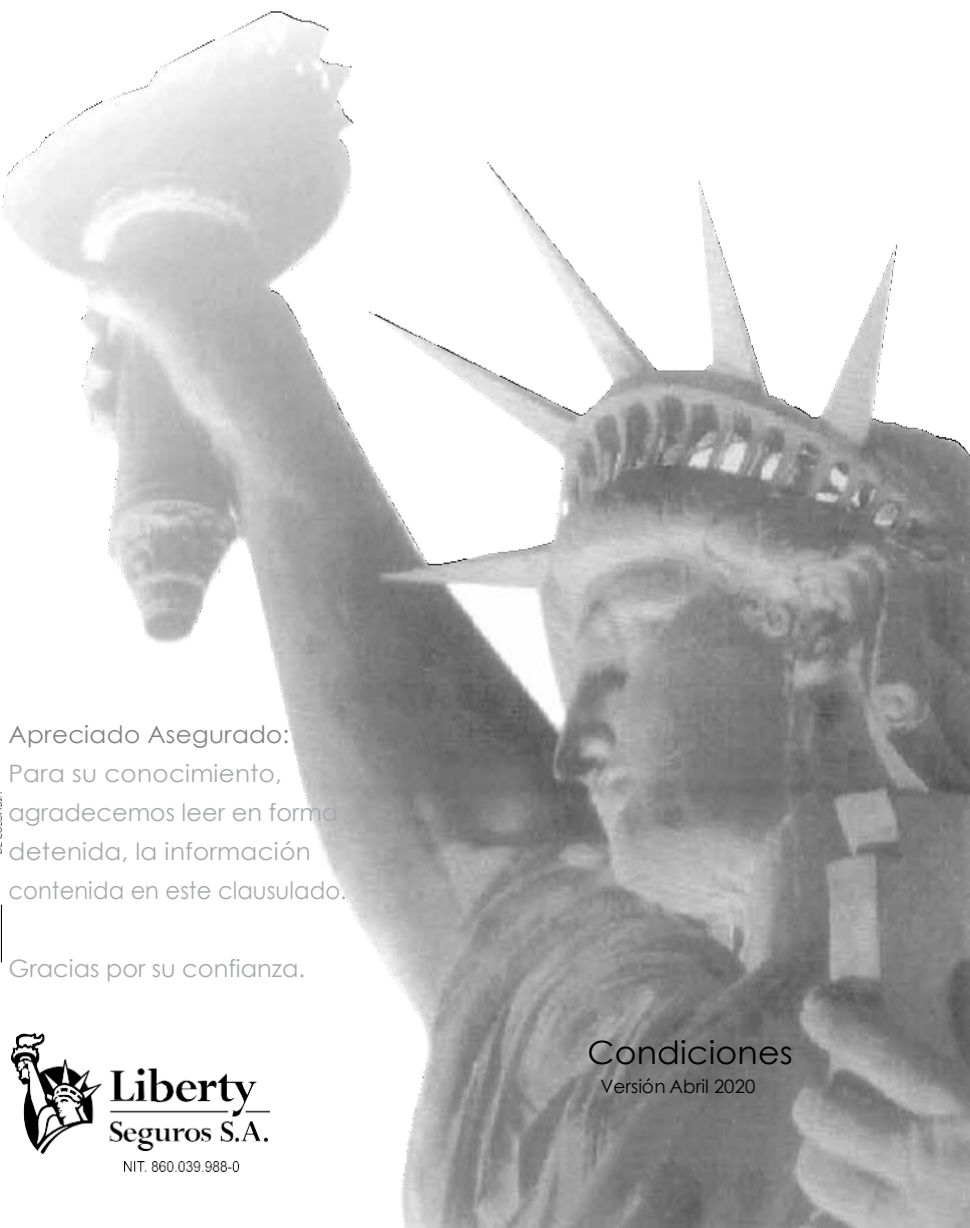


# Póliza de Seguro Colectivo de Vida



Apreciado Asegurado:  
Para su conocimiento,  
agradecemos leer en forma  
detenida, la información  
contenida en este clausulado.

Gracias por su confianza.

Condiciones

Versión Abril 2020



**Liberty**  
Seguros S.A.

NIT. 860.039.988-0

# Póliza de Seguro Colectivo de Vida

## Condiciones Generales

### Cláusula Primera

## AMPAROS Y EXCLUSIONES

### 1. AMPARO BÁSICO DE VIDA

LIBERTY SEGUROS S.A., QUE EN EL PRESENTE CONTRATO SE LLAMARÁ LIBERTY, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR, LA CUAL SE INCORPORA AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR AL TOMADOR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA AL FALLECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LOS TRABAJADORES ASEGURADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA.

EL AMPARO QUE SE OTORGA POR LA PRESENTE PÓLIZA ES LA MUERTE DE ORIGEN NO PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES ASEGURADOS, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES VIGENTES DEL CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, LA LEY 100 DE 1993 Y TODOS SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS.

LOS AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SE OTORGAN A TODOS LOS TRABAJADORES ASEGURADOS INCLUIDOS EN LA MISMA, SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.

EL TOMADOR DECLARA QUE EN LA FECHA DE SOLICITUD DEL SEGURO LOS TRABAJADORES QUE VAN A SER INCLUIDOS Y QUE APARECEN EN LA NÓMINA SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO DE SALUD. IGUALMENTE, SE OBLIGA A INFORMAR A LIBERTY QUE EN LA FECHA DE AUMENTO DE VALOR ASEGURADO O INGRESO A LA PÓLIZA DE CUALQUIER TRABAJADOR, ÉSTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, SALVO CUANDO EL AUMENTO OBEDEZCA A UNA CONVENCION COLECTIVA DE TRABAJO.

### EXCLUSIONES

A. LIBERTY NO CUBRE LA INVALIDEZ RESULTANTE DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES OCURRIDOS AL TRABAJADOR ASEGURADO CON

ANTERIORIDAD A LA FECHA DE SU INCLUSIÓN EN EL PRESENTE AMPARO. LAS INDEMNIZACIONES POR CONCEPTO DE ESTE AMPARO CESARÁN CUANDO EL TRABAJADOR FALLEZCA.

B. INVALIDEZ PRODUCIDA POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL.

C. 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.

D. 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.

E. 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 Liberty, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAFT se entenderá incluida en la presente cláusula.

## 2. LÍMITE DE COBERTURA

LIBERTY OTORGARÁ COBERTURA A LOS TRABAJADORES INCLUIDOS EN LA PÓLIZA, DURANTE EL PERÍODO DE CARENIA DEFINIDO EN LA CLÁUSULA TERCERA, VENCIDO EL CUAL SERÁN EXCLUIDOS AUTOMÁTICAMENTE DE LA MISMA.

## 2. AMPAROS ADICIONALES

### 2.1 AMPARO DE INVALIDEZ COBERTURA

LIBERTY INDEMNIZARÁ BAJO ESTE AMPARO, LA INVALIDEZ POR CAUSA COMÚN QUE SUFRA EL TRABAJADOR ASEGURADO, CUYA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL SEA IGUAL O SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%). ESTA INDEMNIZACIÓN SERÁ EQUIVALENTE A UNA RENTA QUE SE PAGARÁ MENSUALMENTE, SIN EXCEDER DE TREINTA (30) MESES, ASÍ:

- 45% DEL SALARIO MENSUAL DEL TRABAJADOR INCAPACITADO, SI EL GRADO DE INVALIDEZ ES IGUAL O SUPERIOR AL 50% E INFERIOR AL 66%.
- 54% DEL SALARIO MENSUAL DEL TRABAJADOR INCAPACITADO, SI EL GRADO DE INVALIDEZ ES IGUAL O SUPERIOR AL 66%.

EN NINGÚN CASO, LA INDEMNIZACIÓN MENSUAL SERÁ INFERIOR AL SALARIO MÍNIMO LEGAL VIGENTE, NI EXCEDERÁ LA SUMA EQUIVALENTE A 25 VECES ESTE MISMO SALARIO.

PARA EFECTOS DE DEMOSTRAR LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL TRABAJADOR ASEGURADO, SE DEBERÁ APORTAR LA CALIFICACIÓN EMITIDA POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, O POR LOS ENTES HABILITADOS LEGALMENTE PARA ELLO, CON BASE EN LA HERRAMIENTA LEGAL VIGENTE PARA DICHO PROCEDIMIENTO (MANUAL ÚNICO PARA LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ). DICHA CALIFICACIÓN SERÁ AVALADA O CONTRVERTIDA POR LIBERTY.

**PARÁGRAFO:** LA INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ SE PAGARÁ PROVISIONALMENTE DURANTE EL PRIMER AÑO, AL CABO DEL CUAL SE EXAMINARÁ AL TRABAJADOR PARA VERIFICAR SI PERSISTE SU CONDICIÓN DE INVALIDEZ, LO CUAL DETERMINARÁ LA CONTINUIDAD EN EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DE ESTE AMPARO.

### DEFINICIÓN DE INVALIDEZ

PARA TODOS LOS EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL SE ENTIENDE POR

## Cláusula segunda

INVALIDEZ LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO MENOR DE SESENTA Y CINCO (65) AÑOS, QUE HAYA SIDO OCACIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO BAJO EL PRESENTE AMPARO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE LE GENEREN PÉRDIDA DEL 50% O MÁS DE SU CAPACIDAD LABORAL, SIEMPRE QUE LA CAUSA SEA DE ORIGEN COMÚN, NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y SU PROCESO DE REHABILITACIÓN HAYA FINALIZADO.

**LIMITACIONES Y DEDUCCIONES**

- A. LIBERTY OTORGARÁ COBERTURA A LOS TRABAJADORES INCLUIDOS EN LA PÓLIZA, DURANTE EL PERÍODO DE CARENANCIA DEFINIDO EN LA CLÁUSULA TERCERA, VENCIDO EL CUAL EL TRABAJADOR COTIZANTE SERÁ EXCLUIDO AUTOMÁTICAMENTE DEL AMPARO Y DE LA PÓLIZA.
- B. LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE INVALIDEZ NO ES ACUMULABLE AL AMPARO BÁSICO DE VIDA, Y POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR DICHA INVALIDEZ, LIBERTY QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA DEL ASEGURADO INVÁLIDO.

**AMPARO DE GASTOS FUNERARIOS****COBERTURA**

EN VIRTUD DE ESTE AMPARO, LIBERTY REEMBOLSARÁ EL VALOR DE LOS GASTOS FUNERARIOS SUFRAGADOS EN CASO DE MUERTE DE ORIGEN NO PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES ASEGURADOS, HASTA UN VALOR EQUIVALENTE A UN (1) MES DE SALARIO DEL ASEGURADO FALLECIDO, SIN QUE ESTE VALOR SEA INFERIOR A CINCO (5) SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES, NI SUPERIOR A DIEZ (10) VECES EL SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.

**TOMADOR**

Es el Empleador, quien contrata la presente póliza para precaverse por los posibles pagos en que incurra en cumplimiento de las prestaciones sociales a su cargo, generadas durante el período de carencia establecido en el Sistema General de Seguridad Social. El Tomador es el responsable por el pago de las primas.

## Cláusula TerCera

**PERÍODO DE CARENANCIA**

Es el período mínimo de cotización previsto por el Sistema de Seguridad Social, para que opere, por parte de la AFP, la cobertura por los riesgos de muerte o pensión por invalidez, derivados de accidente o enfermedad no profesional.

## Cláusula CuarTa

**OBLIGACIÓN DE ASEGURAR TODO EL PERSONAL**

El Tomador está obligado a incluir en la póliza, la totalidad del personal a su servicio, que de acuerdo con la Ley, esté obligado a asegurar mediante este contrato de seguro. Sin embargo, LIBERTY se reserva el derecho de aceptar o rechazar el seguro respecto de cualquier trabajador, o de exigir exámenes o demás informes que estime necesarios.

## Cláusula QuinTa

**VALORES ASEGURADOS****1. AMPARO BÁSICO DE VIDA:**

El valor del amparo básico de Vida se liquidará tomando como base los salarios mensuales declarados a LIBERTY. El valor a indemnizar equivale a doce (12) meses de salario del trabajador asegurado, sin exceder de cien (100) veces el salario mínimo mensual legal vigente.

**2. AMPARO DE INVALIDEZ**

La indemnización por este amparo será equivalente a una renta que se pagará mensualmente, sin exceder de treinta (30) meses, así:

- 45% del salario mensual del trabajador incapacitado, si el grado de invalidez es igual o superior al 50% e inferior al 66%.
- 54% del salario mensual del trabajador incapacitado, si el grado de invalidez es igual o superior al 66%.

En ningún caso, la indemnización mensual será inferior al salario mínimo legal vigente, ni excederá la suma equivalente a 25 veces este mismo salario.

### 3. GASTOS FUNERARIOS:

El valor asegurado corresponde a un (1) mes de salario del Asegurado fallecido, sin que sea inferior a cinco (5) salarios mínimos mensuales legales vigentes, ni superior a diez (10) veces el salario mínimo mensual legal vigente.

**PARÁGRAFO:** Para entidades de derecho público y para empresas que mediante convención colectiva de trabajo hayan pactado mejores condiciones de Seguro de Vida Colectivo, el valor asegurado se calculará de acuerdo con las disposiciones que regulen y fijen el monto de esta prestación, obligándose el Tomador o Asegurado, según el caso, a adjuntar a la solicitud de seguro, copia de la Disposición o Convención Colectiva, la cual formará parte de la póliza.

#### Cláusula sexta

#### CALCULO DE PRIMA

##### a) Sistema para Trabajadores Fijos

El valor de la prima se calcula en forma anual, aplicando al valor Asegurado las tasas vigentes para el Seguro.

Al vencimiento de la anualidad o del período amparado, se establecerá el Valor Asegurado Promedio, mediante el movimiento de las notificaciones registradas, por entradas, salidas, aumentos o disminuciones de los valores Asegurados.

Al valor así obtenido se aplicará la tasa promedio inicial calculada para el período al cual se refiere el ajuste, estableciendo de esta manera la prima definitiva real.

Si la prima causada es superior a la pagada inicialmente, el Tomador debe pagarla diferencia a su cargo; en caso contrario, LIBERTY reembolsará el exceso. En ninguno de estos casos hay lugar a reconocimiento de intereses.

Aunque las primas son anuales, pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos vigentes.

##### b) Sistema Flotante:

LIBERTY cobrará al expedir o renovar la

póliza un depósito provisional, calculado con base en la relación inicial de trabajadores. Sobre este depósito no se reconocen intereses.

El valor de la prima a cobrar se determina aplicando a los valores asegurados calculados de acuerdo con los salarios devengados objeto del seguro, según las planillas de pago recibidas por LIBERTY, las tasas establecidas de acuerdo con lo estipulado en el literal a) de la Cláusula Sexta. Cuando el Valor Inicial Asegurado aumente o disminuya en más de un 30%, LIBERTY ajustará el depósito de prima calculada y cobrará o devolverá el excedente.

El cobro de estas primas se hará con la periodicidad pactada, y el Tomador se obliga a pagarlas dentro del plazo estipulado en la Cláusula Séptima. El depósito de prima inicial se aplicará únicamente a la liquidación final, cobrando o devolviendo el excedente que resultare, una vez pagada la totalidad de la prima causada durante la vigencia.

El tomador se compromete a suministrar a LIBERTY las nóminas completas, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha de pago, indicando: Período laborado, nombres y apellidos completos de los trabajadores, documento de identidad, días trabajados, sueldo y valor total devengado. Lo anterior es requisito para otorgar la cobertura.

Ninguna circunstancia exime al Tomador de presentar las nóminas dentro del plazo establecido. No obstante, a falta de estos documentos, LIBERTY tomará como nómina general la última que haya recibido.

#### Cláusula séptima

#### PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima correspondiente a la vigencia contratada o la primera prima si el pago de la misma se ha fraccionado (Sistema para Trabajadores Fijos), o del depósito provisional (Sistema Flotante) es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del Seguro.

Para el pago de las demás primas, LIBERTY concede, sin recargo de intereses, un plazo de gracia de un (1) mes contado a partir de la fecha de cada vencimiento, plazo durante el cual se considerará vigente el seguro.

Si las primas posteriores a la primera o al depósito provisional no fueren pagadas al

vencimiento del plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y LIBERTY quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

**PARÁGRAFO:** No obstante, tratándose del Sistema para Trabajadores Fijos, en caso de renovación del contrato de seguro se concede para el pago de la primera prima un plazo de gracia de un (1) mes a partir de la iniciación de la vigencia de la renovación del seguro, durante el cual se considerará vigente el seguro.

### Cláusula OCTava

#### NOTIFICACIÓN EN PLANILLAS DE PAGO

Cuando la modalidad de pago sea por planillas quincenales o mensuales, dichas planillas o nóminas deben ser presentadas dentro de los quince (15) días calendario siguientes al pago de la nómina, en copia auténtica, con especificación del período de trabajo, nombre del trabajador, días trabajados, sueldo y valor total devengado.

Estas planillas son tomadas por LIBERTY como nóminas generales de trabajadores y por lo tanto, el personal que no figure en ella no quedará amparado y se tomará como retirado voluntariamente.

### Cláusula nOvena

#### MODIFICACIONES A LA NÓMINA

La nómina inicial de trabajadores puede ser modificada en cualquier fecha, mediante notificación escrita a LIBERTY, indicando la causa, bien sea por ingreso, retiros de personal y aumentos o disminuciones de salarios.

Los datos esenciales para nuevos trabajadores del Asegurado son: nombre y apellidos, documento de identidad, fecha de nacimiento, ocupación, estado de salud y salario.

El Tomador tiene la obligación de notificar a LIBERTY las modificaciones a que hace referencia el primer párrafo de esta condición dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha en que se produzcan. LIBERTY queda exenta de toda responsabilidad por las modificaciones que no se notifiquen dentro del plazo concedido.

En todos los casos LIBERTY se reserva el derecho de constatar la fecha en que se efectúen las modificaciones.

### Cláusula déCima

#### MODIFICACION DEL ESTADO DEL RIESGO

El Asegurado o el Tomador, según el caso, están

obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud uno u otro deberán notificar por escrito a LIBERTY los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en la actividad empresarial del Empleador.

La notificación se hará con antelación no menor a diez (10) días a la fecha de modificación del riesgo.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, LIBERTY podrá revocar los amparos adicionales o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación de los amparos adicionales.

**PARÁGRAFO:** Lo dispuesto en los dos últimos incisos de esta condición será aplicable únicamente a los amparos adicionales. Respecto del amparo básico de vida solo procederá, si es el caso, el derecho de exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

### Cláusula déCimO Primera

#### EADES DE INGRESO

La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años y la máxima es de 65 años.

### Cláusula déCimO segunda

#### AVISO DEL SINIESTRO

En caso de muerte de un trabajador, el Tomador deberá dar aviso a LIBERTY dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

### Cláusula déCimO TerCera

#### PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

De acuerdo con las normas vigentes, Liberty pagará las indemnizaciones al Empleador, por lo cual no contrae obligación alguna con los trabajadores ni con sus beneficiarios de acuerdo con la ley laboral.

LIBERTY pagará la indemnización a que esté obligada en el mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía si fuere el caso (Artículo 1077 del Código de Comercio), mediante la presentación de documentos tales como:

#### 1. Por Muerte Natural

- Fotocopia autenticada de la Cédula de Ciudadanía.

- Original o fotocopia autenticada del Registro Civil de Defunción
- Informe del Médico Tratante o Historia Clínica
- Certificación emitida por la A.F.P. donde conste que no se otorga la prestación económica tipo pensión de sobrevivientes, por no cumplir con los requisitos de cotización al Sistema.

### 2. Por Muerte Accidental o por Homicidio

- Fotocopia autenticada de la Cédula de Ciudadanía.
- Original o fotocopia autenticada del Registro Civil de Defunción
- Acta de levantamiento del cadáver
- Necropsia o Certificación de Fiscalía o autoridad competente.

### 3. Por Invalidez

- Fotocopia autenticada de la Cédula de Ciudadanía.
- Copia de la Historia Clínica
- Certificación de la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, o del Comité Interdisciplinario habilitado legalmente para ello, donde conste el porcentaje de Incapacidad.
- Certificación de la AFP donde conste que no se otorga la prestación económica tipo pensión por Invalidez, por no cumplir con los requisitos de cotización al Sistema.

### 3. Gastos Funerarios

- Originales de las facturas que acrediten los gastos debidamente pagados y que no hayan sido reconocidas por otra entidad.

Se reembolsará el valor asegurado a quien acredite habersufragado los gastos funerarios.

Cláusula décimo Cuarta

### RENOVACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza no es de renovación automática; quiere ello decir que se renovará a voluntad de las partes.

Cláusula décimo Quinta

### REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente póliza y sus amparos podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LIBERTY. El importe de la prima devengada y el de la devolución se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Los amparos adicionales podrán ser revocados por LIBERTY mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida cono

menos de diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha del envío.

En este caso, LIBERTY devolverá la prima no devengada.

**PARÁGRAFO:** El hecho de que LIBERTY reciba suma alguna después de la fecha de revocación no la obliga a conceder los beneficios aquí estipulados, ni anula tal revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

Cláusula déCimO sexTa

### NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer 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 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 de Comercio.

Cláusula décimo séptima

### 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.

### FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR CIRCULAR BASICA JURIDICA - SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

El tomador y /o asegurado se compromete a cumplir con el deber de diligenciar en su totalidad el formulario de conocimiento del cliente, de conformidad con lo previsto en las disposiciones legales vigentes y en particular con lo dispuesto en la Parte I del Título IV, Capítulo IV de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia. 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 Liberty, para lo cual se le hará llenar el respectivo formato. Cualquier modificación en materia del SARLAF se entenderá incluida en la presente cláusula.

30/05/2018 – 1333- P-32 - vsa50-d0Ci

Impreso por Quad Graphics Colombia S.A.S

REV. MAYO 2018

# Liberty siempre en contacto

Póliza de Seguro Colectivo de Vida 7

## World Wide Web

PARA OBTENER MAYOR INFORMACIÓN sobre Liberty Seguros S.A., sus productos y sus servicios.

[www.libertyseguros.co](http://www.libertyseguros.co)

[ATENCIONALCLIENTE@LIBERTYSEGUROS.CO](mailto:ATENCIONALCLIENTE@LIBERTYSEGUROS.CO)

## LÍNEA UNIDAD de Servicio AL Cliente

PARA CONSULTAS SOBRE LAS COBERTURAS y servicios de LA PÓLIZA, AUTORIZACIONES de servicios médicos y/o odontológicos.

Línea  
USC

Bogotá

**307 7050**

Línea Nacional

**01 8000 113 390**

[atencionalcliente@libertyseguros.co](mailto:atencionalcliente@libertyseguros.co)

## ASISTENCIAS

PARA PERSONAS, empresa, HOGAR y AUTOS.

Asistencias

Bogotá

**432 5091**

Línea Nacional

**01 8000 113 390**

Desde su celular  
**#224**

[autorizacionesmedicas@libertyseguros.co](mailto:autorizacionesmedicas@libertyseguros.co)

## ASISTENCIA AL VIAJERO en el Exterior\*

CUANDO VIAJE y REQUIERA los servicios de URGENCIAS por enfermedad o ACCIDENTE.

Asistencia  
Internacional

Línea Internacional  
**+57 1 432 5091**

\* Si su PÓLIZA tiene  
CONTRATADO este servicio

