

Bogotá, 19 de febrero de 2024

Estimado Señor
JHONIER ROJAS SANCHEZ
J02fccali@cendoj.ramajudicial.gov.co
Carrera 10 No, 12-15 Piso 7°
Palacio de Justicia
Santiago de Cali

SECRETARÍA DE FAMILIA DE CALI
23 FEB 2024 09:24



REFERENCIA: N° DE RADICACIÓN: 34604
FECHA RADICACIÓN: 16/02/2024
RADICADO 76001-31-10-002-2022-00059-00

En nombre de la Gerencia de Seguros de Personas de Aseguradora Solidaria de Colombia, reciba un cordial saludo.

En atención a su petición, mediante la cual solicita se le informe y certifique sobre la existencia de la póliza de seguro de accidentes personales del Señor HECTOR HERNAN LOZADA PATIÑO, identificado con CC 16759684, y de ser así, indicar las fechas de inicio y terminación del cubrimiento de la póliza, los beneficiarios designados, con sus nombres completos y cédulas de ciudadanía y la calidad bajo la cual fueron incluidos como beneficiarios; en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 23 de la Constitución Nacional regulado por el Inciso 4 del artículo 32 de la ley 1755 de 2015 y en concordancia con el artículo 15 de la ley estatutaria 1581 de 2012, nos permitimos dar respuesta bajo los siguientes términos:

1. Al validar nuestras bases de datos, confirmamos que el Señor HECTOR HERNAN LOZADA PATIÑO, identificado con CC 16759684, tiene la calidad de asegurado en la PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN 994000000007, emitida para el BANCO UNION, según las bases de asegurados reportada por la Entidad.
2. La póliza se emitió con vigencia de Doce (12) meses a partir del 02/01/2024.
3. anexamos el CERTIFICADO PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN, emitido en aplicación a la Póliza 994000000007, en el cual se registran las condiciones de la Póliza.

Oficina Principal Calle 100 No. 9A - 45 Piso 12 Bogotá, Colombia • Línea Solidaria: 018000 512 021 - #789
WhatsApp Business - Cami a través de www.aseguradorasolidaria.com.co

Defensor del Consumidor Financiero Manuel Guillermo Rueda Serrano • Carrera 13 A # 28-38 oficina 221, Bogotá
Teléfono: (601) 7919180 • Fax: (601) 7919180 • Celular: 312 342 6229 • Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Horario: Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

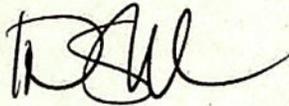


4. En el numeral 1.7, ITEM a., se precisa que los BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL para el amparo de muerte accidental, serán los de ley.

En Aseguradora Solidaria de Colombia estamos comprometidos con ofrecer buen servicio a nuestros clientes y aliados.

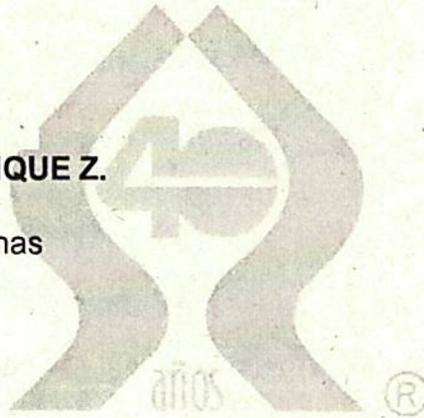
En caso de requerir más información puede hacerlo a través de nuestra página web <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>

Cordialmente,



INGRID GIOVANNA MANRIQUE Z.
Gerente
Gerencia Seguros de Personas

Elaboro Martha M



Aseguradora Solidaria
de Colombia

¡Siempre junto a ti!

Oficina Principal Calle 100 No. 9A - 45 Piso 12 Bogotá, Colombia • Línea Solidaria: 018000 512 021 - #789
WhatsApp Business - Cami a través de www.aseguradorasolidaria.com.co

Defensor del Consumidor Financiero Manuel Guillermo Rueda Serrano • Carrera 13 A # 28-38 oficina 221, Bogotá
Teléfono: (601) 7919180 • Fax: (601) 7919180 • Celular: 312 342 6229 • Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Horario: Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.



CERTIFICADO PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN

SEÑOR ASEGURADO, POR FAVOR VERIFIQUE QUE SU INFORMACIÓN PERSONAL SEA LA CORRECTA, EN CASO DE INCONSISTENCIA POR FAVOR SOLICITAR LA CORRECCIÓN AL ASESOR DE SERVICIOS FINANCIEROS, ANTES DE RETIRARSE DE LAS INSTALACIONES DE BANCO UNIÓN S.A.

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

TOMADOR:	BANCO UNIÓN S.A.	NIT:	860.006.797-9
DIRECCIÓN:	Calle 4 No. 27-52	TELÉFONO:	01 8000 111 999
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE DEL CAUCA
ASESOR:	MMONTANO	AGENCIA:	475-CALI CC CHIPICHAPE
IP:	172.20.1.0	COBRO DE LA TRANSACCIÓN:	0.00

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

FECHA Y DE EXPEDICIÓN:	02/01/2024	VALOR ASEGURADO:	\$1,000,000
VALOR DE LA PRIMA:	\$104,000	MEDIO DE PAGO:	Efectivo
VIGENCIA DE LA PÓLIZA:	12 MESES		

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

NOMBRE COMPLETO:	HECTOR HERNAN LOZADA PATINO	TIPO DE DOCUMENTO:	Cédula de Ciudadanía
NÚMERO DE DOCUMENTO:	16759684	DIRECCIÓN:	LOZHECGMAIL.COM
TELÉFONO:	5536300	CIUDAD:	Cali
DEPARTAMENTO:	Valle del Cauca	CORREO ELECTRÓNICO:	LOZHEC36@GMAIL.COM
CELULAR:	3043391239	NACIONALIDAD:	Colombia
FECHA DE NACIMIENTO:	17/01/1969	LUGAR DE NACIMIENTO:	Cali
GENERO:	Masculino	ESTADO CIVIL:	Casado
OCUPACIÓN:		INGRESOS MENSUALES:	
EMPRESA DONDE TRABAJA:		PPE:	

ASEGURADO AGREGADO

NOMBRE COMPLETO	EDAD	PAIS	PARENTESCO
HECTOR HERNAN LOZADA PATINO	54 AÑOS	Estados Unidos	

ESTE SEGURO ES VOLUNTARIO
AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que BANCO UNIÓN S.A. Y/O ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en adelante se denominan LAS COMPAÑÍAS me han informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en las páginas web: <https://www.bancounion.com> y <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. Autorizo de manera previa, expresa e informada a LAS COMPAÑÍAS para tratar mis datos personales siempre y cuando sea con la finalidad de realizar las actividades propias del contrato de seguro, entendiéndose como el proceso de suscripción e indemnización, por ello manifiesto que acepto que sean recolectados, consultados, verificados, almacenados, grabados, compartidos y reportados: a) Mis datos financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual. b) Los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. d) Almacenar recoger y tratar mis datos biométricos tales como huella y fotografía para las siguientes finalidades: 1) verificar mi identidad en toda clase de actos y contratos que ejecute y celebre en desarrollo de mi relación contractual con LAS COMPAÑÍAS 2) Que mi huella haga las veces de firma en los casos informados previamente por LAS COMPAÑÍAS, conforme al estipulado en la ley 527 de 1999. Autorizo y entiendo que los datos anteriormente mencionados pueden ser transferidos y/o transmitidos a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas en el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. Autorizo a BANCO UNIÓN S.A. para ofrecer productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS, ser llamado para realizar encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos y realizar campañas promocionales.

AUTORIZACIÓN ENVÍO DE INFORMACIÓN

Autorizo a BANCO UNIÓN S.A. para el envío de correspondencia, estados de cuentas, extractos, avisos de cobros, mensajes y demás información que BANCO UNIÓN S.A. estime conveniente a través de correo electrónico, vía celular, o mediante la página web de BANCO UNIÓN S.A. y cualquier otro medio de comunicación

DECLARACIONES

Para efectos del presente certificado, declaro expresamente lo siguiente: Mi estado actual de salud es normal, no tengo limitaciones física ni mental alguna, no sufro ni he sufrido síntomas de enfermedades agudas, crónicas o adiciones que puedan afectar mi estado de salud. Así mismo confirmo que a la fecha de la solicitud de este seguro no me encuentro en proceso o trámite de calificación de pérdida de la capacidad laboral. Tanto mi ocupación como mi trabajo ha sido y es lícito y lo he ejercido y lo ejerzo dentro de los marcos legales. No he sido procesado (sindicado, indicado, imputado o acusado) ni condenado por la justicia penal. De conformidad con las normas legales, autorizo expresamente a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa para tener acceso a mi Historia Clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o llegue a ser registrados, y a obtener copia de este documento y sus anexos. Este mandato especial quedará vigente aun después de mi fallecimiento según lo dispuesto en las normas legales. Dedaro que conozco, entiendo y acepto el contenido de este documento, el cual se ajusta a mi condición de salud y de antecedentes judiciales. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz, verificable y me obligo a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Aseguradora. Tengo conocimiento que, si para suscribir este contrato de seguro, incurro en: falsedad, omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del código de comercio.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA

Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extendiendo en el lector biométrico, para estos efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a BANCO UNIÓN S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente o cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo tanto de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada, hasta cuando yo decida y comunique a BANCO UNIÓN S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y he comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la circular básica jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes, y declaro que la información contenida en este documento es exacta, veraz y verificable. En constancia firmo a los: 02 días del mes enero del año 2024, en la ciudad de Cali.



HUELLA DIGITAL

FIRMA DEL ASEGURADOR

FIRMA DEL ASEGURADO

En caso de reclamación o inquietud comuníquese totalmente gratis desde cualquier Ciudad del país a la línea de atención Solidaria 01 8000 512021, en Bogotá al 2916868 o desde cualquier celular Claro, Tigo y Movistar al #789, las 24 horas del día, los 365 días del año.

GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD - CERTIFICADO PÓLIZA AD REPATRIACIÓN BANCO UNIÓN S.A. FIN-GCOM-23 V 4 Z0172021

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VOTILADO

1. GENERALIDADES DEL PRODUCTO

1.1 TOMADOR BANCO UNIÓN S.A.

1.2 OBJETO DEL SEGURO Se entenderá por accidentes personales con anexo de asistencia de repatriación el seguro diseñado para amparar contra el riesgo de muerte accidental al asegurado principal y anexo de asistencia de repatriación para el asegurado agregado.

1.3 GRUPO ASEGURADO Podrán actuar como asegurados los clientes del tomador que voluntariamente deseen adquirir la póliza y hagan el respectivo pago de la prima de seguro. La cobertura estará conformada de la siguiente manera:

Asegurado Principal: Será la persona con nacionalidad colombiana residente en Colombia y cliente directo del tomador quien suscribirá la póliza y quedará asegurado bajo la cobertura básica de Muerte Accidental.

Nota: Cuando el asegurado principal viaje al exterior en forma transitoria y tome la presente cobertura para su protección, podrá hacer las veces de asegurado agregado aplicando a las condiciones del anexo de asistencia de repatriación y destino final.

Asegurado Agregado: Será la persona residente en el exterior con nacionalidad colombiana designado por el asegurado principal a quien se le hace extensiva la cobertura de la presente póliza únicamente para al anexo de asistencia de repatriación y destino final.

1.4 VIGENCIA TÉCNICA DEL SEGURO La vigencia individual será semestral o anual de acuerdo con el plan elegido.

1.5 INICIO DE COBERTURA La cobertura del seguro inicia a partir de la hora 23:59 del día de expedición del Certificado - Póliza del Seguro. Aplica para el asegurado principal y asegurado agregado.

1.6 EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Grupo Asegurado	Amparo	Edades de Ingreso	Edad máxima de Ingreso	Edad de Permanencia
Asegurado Principal	Muerte Accidental	18	69 años + 364 días	70 años + 364 días
Asegurado Agregado	Asistencia de repatriación	12	65 años + 364 días	70 años + 364 días
	Auxilio económico imprevistos Destino final			

1.7 BENEFICIARIOS:

a. BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL: Los beneficiarios para el amparo de muerte accidental serán los de ley.

b. BENEFICIARIO DE REPATRIACIÓN: El beneficiario para este amparo será el asegurado agregado.

c. BENEFICIARIO AUXILIO FUNERARIO: El beneficiario para este amparo será el asegurado principal. Cuando el asegurado principal sea el mismo asegurado agregado sus beneficiarios serán los de ley.

2. COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL - ASEGURADO PRINCIPAL: Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la presente póliza, el Asegurado fallece, la Compañía pagará la suma asegurada establecida para este amparo, siempre y cuando el fallecimiento ocurra dentro de los (365) trescientos sesenta y cinco días siguientes a la fecha del accidente.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Para los efectos de esta póliza se entenderá por accidente el suceso imprevisto, repentino, violento de origen externo que, en forma directa y exclusiva, produzca la muerte, siempre que no estén expresamente relacionadas como exclusiones en el contenido de las presentes condiciones.

3. COBERTURAS ANEXO ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN ASEGURADO AGREGADO

3.1 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

Cuando el asegurado agregado fallece fuera del país y sus familiares desean trasladarlo a su lugar de domicilio habitual en Colombia, la compañía asesorará a la familia y realizará los trámites para la repatriación del asegurado fallecido. La Compañía estará en permanente contacto con los familiares y las funerarias del exterior desde el momento en que se reporte el servicio, con el fin de conocer su evolución y prestar asesoría a la persona que solicite la asistencia sobre los procedimientos que se llevarán a cabo durante el proceso de traslado del cuerpo o sus cenizas al territorio colombiano.

En caso que la familia opte por cremar el cuerpo de la persona fallecida, se hará la repatriación de las cenizas. En estos casos el costo y trámite de la cremación no está incluido en este servicio. Se reconocerá el auxilio económico para imprevistos por el fallecimiento del asegurado

agregado valor indicado en el numeral 3.2.1.

En todos los casos las coberturas otorgadas se harán efectivas previa verificación de la causa del fallecimiento y revisión del cumplimiento de las condiciones pactadas.

Nota: En este proceso no existe un protocolo universal pues los trámites de repatriación varían de acuerdo a cada país y sus normas.

PERÍODOS DE CARENCIA DEL ANEXO DE ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN

a. La cobertura por muerte accidental es inmediata, es decir a partir de las 23:59 horas de inicio de vigencia de la póliza.

b. La muerte por homicidio y suicidio tiene cobertura a partir de las 23:59 horas de inicio de vigencia de la póliza.

c. La cobertura como consecuencia de muerte por enfermedad de origen común no calificado como crónica opera a partir del día 46 del inicio de vigencia.

d. La cobertura por muerte como consecuencia de enfermedades crónicas en estado terminal, se hace efectiva, siempre y cuando la muerte del asegurado agregado no ocurra antes del día 181 de vigencia continua.

e. La cobertura es efectiva en los casos de muerte a consecuencia de Cáncer y SIDA, a partir del inicio del segundo año de vigencia, es decir a partir del día 366 de vigencia continua.

La cobertura de repatriación incluye: a. Trámites legales (*) y traslados locales para la repatriación a Colombia.

b. Cofre metálico según reglamentación vigente para su traslado al lugar de destino.

c. Traslado aéreo del cuerpo en vuelo regular de aerolínea comercial hasta el aeropuerto de ingreso en Colombia.

d. Cuando la compañía no pueda adelantar algún trámite legal en el lugar de fallecimiento del asegurado agregado, autorizará el auxilio de hasta de USD 500 para el traslado aéreo de un familiar con vínculo de primer grado de consanguinidad.

(*) Trámites legales: La compañía prestará todo el apoyo a los familiares o responsables del asegurado agregado (beneficiario de la repatriación de restos mortales) para adelantar los trámites de licencias de inhumación o cremación y registro notarial de defunción, ante las autoridades competentes.

Nota: Cuando el asegurado principal sea el mismo asegurado agregado los beneficiarios de este aporte serán los de Ley.

* De igual manera se reconocerá al asegurado principal un auxilio económico para imprevistos por el fallecimiento del asegurado agregado. En todos los casos las coberturas otorgadas se harán efectivas previa verificación de la causa del fallecimiento y revisión del cumplimiento de las condiciones pactadas.

3.2 DESTINO FINAL: Si durante la vigencia de la póliza el asegurado agregado llegare a fallecer a consecuencia de un evento amparado, la compañía brinda una de las dos alternativas indicadas a continuación, que será otorgada según la elección de la persona que solicite el servicio del anexo de asistencia de repatriación:

3.2.1 Auxilio funerario: Se indemnizará al asegurado principal un auxilio funerario por la suma de \$2.000.000.

Nota: Cuando el asegurado principal sea el mismo asegurado agregado los beneficiarios de este auxilio serán los de Ley.

3.2.2 Servicios funerarios: La compañía brindará los servicios funerarios que se describen a continuación:

Nota: En caso que el Asegurado Agregado que viva en el exterior, llegará a fallecer en Colombia a consecuencia de un evento amparado, la Compañía otorga esta cobertura (Destino Final) bajo una de las dos modalidades antes mencionadas.

a. **Deceso:** Asesoría personalizada durante todo el año, las 24 horas del día, traslado inicial del cuerpo dentro del perímetro urbano, trámites legales como registro notarial (certificado de defunción) y licencia de inhumación, suministro de cofre en caso de requerirse, preservación del cuerpo para 48 horas, hábito o túnica si se requiere, traslado nacional del cuerpo del asegurado fallecido, por vía terrestre transitable para vehículos funerarios, limitado a un perímetro de hasta 300 km o traslado nacional por vía aérea en vuelos comerciales equivalente a un trayecto. En caso de superar este límite, el asegurado principal cancelará el valor adicional acordado con la empresa proveedora en el momento de la coordinación del evento.

b. **Velación:** Sala de velación por 24 horas (o de acuerdo a la región), servicio de cafetería: (tinto, aromática, agua), servicio telefonía local, envío y recibo de correo electrónico, bases de lujo y cristo, atención personalizada en salas de velación, una serie de carteles (máximo 10), denario, libro recordatorio y libro de oraciones. Ofrenda floral, asesoría de oración (donde exista este servicio), opcional velación domiciliaria: atención personalizada, préstamo de implementos de velación, préstamo de sillería necesaria, servicio de cafetería, adecuación del lugar de velación en las ciudades que aplique según normatividad).

para acompañantes hasta para 25 personas en el perímetro urbano, en las sedes donde se utilice este servicio, honras fúnebres, ceremonia religiosa.

3.3 OPCIONES DE DESTINO FINAL:

Una de las siguientes opciones, las cuales son excluyentes entre sí:
 - Lote o bóveda alquiler: (en uso temporal) Se pagarán los derechos de arrendamiento de lote o bóveda, hasta por 4 años, o de acuerdo con la reglamentación establecida por los cementerios municipales o privados y según la disponibilidad existente en cada población.
 - Cremación: Se pagará los derechos de cremación del asegurado agregado, de acuerdo con los convenios contratados con el proveedor de la Compañía, incluyendo:
 - Servicio de cremación en cementerios distritales o municipales, parque jardines o crematorios privados.
 - Urna cenizaria.
 - Cenizario en tierra según la disponibilidad y costumbre de cada ciudad o región en cementerios distritales o municipales, parque jardines.

3.3.1 DERECHOS DE CAMPO SANTO O BÓVEDA

Si el afiliado o sus beneficiarios poseen lote o bóveda, se pagarán los derechos o servicios memoriales, consistentes en la apertura y cierre del lote o bóveda y gastos de administración de acuerdo con los convenios contratados con el proveedor de la Compañía.

Nota: Cualquier servicio adicional no ofrecido en este acuerdo deberá ser asumido en dinero por el asegurado principal o persona que solicite el servicio de asistencia de repatriación según las condiciones y tarifas vigentes en el momento de la prestación.

3.3.2 POST- SERVICIO Exhumación: Exhumación de restos al final de periodo de asignación (bóveda o lote). **Osario en tierra:** Según la disponibilidad y costumbre de cada ciudad o región del territorio nacional en cementerios municipales o distritales o en parques o jardines cementerios.

4. OCUPACIONES NO ASEGURABLES: No se aseguran personas que tengan como ocupación alguna de las que a continuación se describen:

- Guardaespaldas
- Agentes secretos
- Deportistas profesionales (*)
- Magistrados salas penales
- Vigilantes
- Mineros bajo tierra
- Trabajadores de empresas de explosivos
- Directores, guardianes de cárceles y demás empleados penitenciarios
- Policías o militares en servicio activo
- Miembros de organismos de seguridad o inteligencia (públicos privados o del estado)
- Limpiadores de ventanas y edificios altos
- Jueces penales o fiscales
- Marineros profesionales, de placer, mercantes o de guerra
- Operarios de pozos petroleros
- Boxeadores profesionales o aficionados
- Ciclistas
- Pilotos fumigadores

Nota: por deportista profesional debe entenderse aquella persona cuya principal actividad es la práctica de un deporte, y como consecuencia de ello derive su sustento.

En cualquier caso, la única responsabilidad de la compañía por ingresos que contravengan esta cláusula será la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.

5. ASISTENCIAS

5.1 ASISTENCIA JURÍDICA

Aplica para el asegurado principal y asegurado agregado * Áreas de servicio de la asistencia: manejo del duelo, separaciones, pérdida de empleo, infancia y adolescencia, crisis emocional durante la pandemia y después de la pandemia.

- Vigencia anual: dos (2) consultas anuales durante la vigencia del contrato.

- Vigencia semestral: una (1) consulta semestral durante la vigencia del contrato.

5.2 ASISTENCIA PSICOLÓGICA INTEGRAL Aplica para el asegurado principal y asegurado agregado.

- Áreas de servicio de la asistencia: manejo del duelo, separaciones, pérdida de empleo, infancia y adolescencia, crisis emocional durante la pandemia y después de la pandemia. **Nota:** La asistencia jurídica se rige bajo las normas y leyes del territorio Colombiano.

5.2.1 NÚMERO DE CONSULTAS

- Vigencia anual: dos (2) consultas anuales durante la vigencia del contrato.

- Vigencia semestral: una (1) consulta semestral durante la vigencia del contrato.

5.3. CANAL DE ASISTENCIAS Los servicios asistenciales deberán ser solicitados ingresando a través de la página web <http://crm.ayproteccion.com/InicioCliente> y <https://ayproteccion.com/>. Para solicitar los servicios asistenciales el Asociado o Beneficiario deberá, en todos los casos, informar su documento de identificación, su nombre completo, número telefónico y correo electrónico.

6. EXCLUSIONES

6.1 EXCLUSIONES MUERTE ACCIDENTAL

a. Los accidentes que se produzcan mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.

b. Al encontrarse el asegurado bajo la influencia de bebidas embriagantes.

c. La muerte provocada al asegurado causada por cualquier infracción a las leyes o decretos.

6.2 EXCLUSIONES DE ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN

No son objeto de la cobertura de este anexo las prestaciones y hechos siguientes: Los servicios que el asegurado o sus beneficiarios hayan concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la compañía. Quedan excluidos de la cobertura objeto del presente contrato las consecuencias de los hechos siguientes:

a. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, tsunamis.

b. Actos de guerra interior o exterior, hechos o actuaciones de las fuerzas o cuerpos de seguridad, manifestaciones, insurrecciones, asonadas, motines o tumultos populares, hechos derivados de terrorismo o explosiones.

c. Los servicios exequiales de velación o inhumación de restos mortales.

d. Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.

e. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

6.3 EXCLUSIONES DE DESTINO FINAL

No cumplir con las condiciones de los anexos de repatriación de restos mortales, repatriación de cenizas y cremación directa.

7. LÍNEA DE ATENCIÓN PARA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

En caso de reclamación o cualquier otra inquietud, puede comunicarse:

- Desde cualquier operador celular #789

- Línea nacional gratuita 018000512021

- En Bogotá (601)2916868. Para todos los casos aplica la opción 2 Y luego 4 del menú propuesto.

8. DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el reclamante y sólo a título enunciativo e informativo, para formalizar la reclamación el asegurado podrá presentar los siguientes documentos:

8.1 AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL (ASEGURADO PRINCIPAL)

- Diligenciar formato único del conocimiento del cliente Doc -03

- Carta de reclamación.

- Registro civil de defunción original o fotocopia auténtica.
- Informe de Fiscalía donde se detallen las circunstancias de tiempo, modo y lugar del fallecimiento (Accidental)
- En caso de Accidente de tránsito, Croquis o informe de accidente.
- Historia clínica completa del asegurado emitida por la entidad hospitalaria en la atención médica del accidente.
- Documentos que demuestren la condición de beneficiarios (según sea el caso).

8.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES Y CENIZAS CREMACIÓN

- Fotocopia del pasaporte del fallecido (Asegurado agregado).
- Certificado médico de defunción o documento equivalente en el país origen.
- Para el caso de muerte natural con repatriación de cuerpo, historia clínica del fallecido.
- Fotocopia de la cedula del Asegurado Principal ampliada al 150%.
- Todos los documentos adicionales requeridos para la salida del cuerpo del país origen y su ingreso a Colombia, serán tramitados por Sercofun Ltda., con el apoyo del asegurado principal cuando este se requiera.

9. PLAZO PARA EL AVISO DE SINIESTRO

Una vez conocido o debido conocer la afectación del riesgo el asegurado tendrá tres (3) días, para avisar a la compañía.

10. PLAZO PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

El plazo para el pago de siniestros será de veinte (20) días, contados a partir de la entrega de los documentos completos requeridos para el pago de las personas que acrediten la calidad de beneficiarios de ley del asegurado agregado.

11. CONDICIONES

12/07/2021-1502-P-31-PERSO-CL-SUSV-03-DR01

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

Producto:	Cuenta de Ahorros	Transacción:	80-Nota Debito
Fecha de Proceso:	15/02/2024	Hora:	12:16
Asesor:	MORJUELA	Ip del Equipo:	172.20.1.0
Nro. Transacción:	8017379820	Ciudad:	76001 - Cali
Agencia:	97-CALI ABC (Abono de giros en	Nombres y Apellidos:	NUBIA ESPERANZA NIETO
Identificación:	63538564	Concepto:	01
Cuenta:	8666	Pesos Colombianos:	COP
Valor Transacción:	\$57,500		

Este comprobante es copia impresa parcial del documento electrónico original que instrumenta la presente transacción y que reposa en los archivos de BANCO UNIÓN S.A, como constancia del mismo. Esta copia es válida si coincide con los registros que tiene la entidad. Favor verificar que la naturaleza, titularidad y montos de la transacción coincidan con lo que usted ha solicitado.

