

RECUERDA:

...Con nuestra Póliza el asegurado está **PROTEGIDO LAS 24 HORAS** del día, durante la vigencia de la póliza; **en cualquier lugar que se encuentre el estudiante asegurado, incluso en el exterior.**



Fecha: viernes, 1 de marzo de 2024**COTIZACIÓN No.** 0

Señores.
HERMANAS MISIONERAS LA CONSOLATA
NIT: 860011251
Ciudad.

ASUNTO: Términos y condiciones de cotización seguro de Accidentes Personales Integral Estudiantil.

Respetados Señores:

Es grato para Seguros de Vida del Estado, en adelante VIDAESTADO Sucursal CALLE 100 dejar a su consideración los siguientes términos técnicos y económicos para el seguro citado en asunto, definidos de acuerdo con los datos y características particulares suministrados:

CARACTERISTICAS GENERALES

TOMADOR	HERMANAS MISIONERAS LA CONSOLATA
NIT	860011251
INTERMEDIARIO	CORREDORES INTEGRALES ASOCIADOS LIMITADA
ASEGURADOS	244- ALUMNOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
BENEFICIARIOS	LOS ALUMNOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
VIGENCIA A CONTRATAR	ANUAL - FORMA DE PAGO

OBJETO DEL SEGURO

Amparar al asegurado durante la vigencia del contrato, cuando este sufra alguna lesión orgánica o perturbación funcional permanente o temporal causada por accidente, que se entiende como hecho exterior, imprevisto, repentino, violento e independiente de la voluntad, que no haya sido provocado deliberadamente por el asegurado.

GRUPO ASEGURADO

Serán asegurados las personas vinculadas con la entidad tomadora en calidad de estudiantes siempre y cuando sean informados por el tomador. De conformidad con la información suministrada para la elaboración de estos términos el grupo asegurado estará conformado por un grupo mínimo de 244 asegurados; en caso de ser inferior VIDAESTADO podrá ajustar los términos reservándose la facultad de no suscribir la póliza correspondiente.

DEFINICIONES TÉCNICAS**EDADES MINIMAS, MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA**

Para efectos de las presentes condiciones técnicas se tendrán como tales para los amparos aquí cotizados, las establecidas en el condicionado general **FORMA 14/05/2021 1419 P 31 00000E-VAPE-004A DR01** o el que se encuentre vigente al momento de la expedición de la póliza



AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS

AMPAROS	OPCIÓN 1
MUERTE ACCIDENTAL	\$ 13.000.000
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ 13.000.000
INHABILITACIÓN, INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	\$ 13.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE	\$ 600.000
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE: Adicional a lo establecido en el condicionado general para efecto del presente amparo se extiende cobertura por reembolso a la consulta Psicológica hasta por valor de \$100.000 por evento y limitado a cinco (5) eventos por tomador en la vigencia, sin importar el número de asegurados.	\$ 4.200.000
GASTOS MÉDICOS POR REEMBOLSO POR ENFERMEDAD AMPARADAS	\$ 4.200.000
GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE	\$ 500.000
GASTOS DE TRASLADO POR CUALQUIER CAUSA	\$ 500.000
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	\$ 2.000.000
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ 2.000.000
GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES	\$ 1.000.000
RIESGO QUÍMICO	\$ 250.000
REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ	\$ 32.500.000
AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL DE DOCENTE O PERSONAL	\$ 500.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE	\$ 50.000
REEMBOLSO POR REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL	\$ 1.300.000
PRIMA ANUAL POR ASEGURADO	\$ 20.000
PRIMA TOTAL ANUAL	\$ 4.880.000

EXCLUSIONES
Generales

Para efectos de las presentes condiciones técnicas se tendrán como tales para los amparos aquí cotizados, las establecidas en el condicionado general forma 14/05/2021 1419 P 31 00000E-VAPE-004A DR01 o el que se encuentre vigente al momento de la expedición de la póliza



REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

* La Institución Educativa en calidad de Tomador de la póliza colectiva objeto de esta cotización y/o el intermediario autorizado por VIDESTADO son los responsables del recaudo de la prima por asegurado, quienes realizarán un solo pago global por el total de asegurados a VIDESTADO

* Prima mínima para expedición de póliza \$250.000.

* Suministrar listado de asegurados en planilla de Excel y medio magnético como la muestra adjunta:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	10/10/2000	M	TI	111111111
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	24/05/1994	F	CC	222222222

* NOMBRES Y APELLIDOS: En mayúscula y sin tildes.

* SEXO: M (Masculino) y F (Femenino)

CONDICIONES ADICIONALES

* Esta cotización tiene validez por treinta (30) días contados a partir de la fecha de la presente comunicación.

• PLAZO DE PAGO DE LAS PRIMAS

El tomador pagará las primas de forma 0, según reporte que este suministre a VIDAESTADO el cual le deberá ser enviado en físico y/o en medio magnético; en cumplimiento de la normatividad que crea y regula el Registro Único de Seguros - RUS, y en especial la ley 1328 de 2009 y los decretos 2555 y 2775 de 2010. Este reporte debe contener como mínimo la siguiente información de asegurados y beneficiarios:

* Nombres y apellidos

* Fecha de Nacimiento

* Clase y número de documento de identidad

* Valor asegurado en el amparo básico

* Parentesco del beneficiario con el asegurado principal.

La entidad tomadora pagará las primas dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de iniciación de cada periodo.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

En caso de un evento catastrófico, SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. responderá hasta un límite máximo de \$ 732.000.000 del valor asegurado total en el amparo básico del grupo asegurado.

Entiéndase por evento catastrófico, aquel en que por un mismo evento se configure un siniestro para tres (3) o más personas

* Lo no estipulado en el presente documento, se regirá de acuerdo con las condiciones y políticas de la póliza de seguro de Accidentes Personales que posee la compañía.

* El presente slip de cotización no implica aceptación del riesgo ni compromete a ninguna de las partes hasta tanto no se celebre el contrato de seguros. Estos términos fueron elaborados con sujeción a la información que le fue presentada a la aseguradora hasta la fecha de presentación de estos términos. Por tanto, si dicha información no coincide con la que se suministre para la emisión de la póliza respectiva, VIDAESTADO podrá ajustar los presentes términos o reservarse la facultad de no expedir la póliza; lo anterior sin perjuicio de lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, para la expedición se deberá presentar la forma SARLAFT vigente debidamente diligenciado por el tomador, Cámara de Comercio vigente y copia del documento de identificación del Representante Legal (Cedula nueva).

CLAUSULADOS DE LA POLIZA

Clausulado **FORMA 14/05/2021 1419 P 31 00000E-VAPE-004A DR01** registrado en la superintendencia financiera y que puede ser consultado en la página WEB www.segurosdevidadelestado.com

Sin otro particular, quedamos a su disposición para cualquier aclaración que estimen conveniente.

Cordial saludo,

**YESENIA ANGEL - CALLE 100
SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**

Dirección: OFICINA NEGOCIOS ESPECIALES

Teléfono: _____

24 HORAS AL DÍA



www.segurosdevidadelestado.com