

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
4210011047

PÓLIZA No: 420 - 2 - 994000004761 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CALI NORTE**

COD. AGENCIA: **420** RAMO: **2**

DIA **14** MES **5** AÑO **2025**

DIA **30** MES **4** AÑO **2025** HORAS **23:59**

DIA **30** MES **4** AÑO **2026** HORAS **23:59** **365**

DIA **19** MES **5** AÑO **2025**

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MUNICIPIO DE PALMIRA**

IDENTIFICACIÓN: NIT **891380007-3**

DIRECCIÓN: **CALLE 30 CARRERA 29 ESQUINA**

CIUDAD: **PALMIRA, VALLE DEL CAUCA**

TÉLEFONO: **3113215562**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ESTUDIANTES DEBIDAMENTE MATRICULADOS Y REPORTADOS**

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TÉLEFONO:

BENEFICIARIO: **LOS DE LEY Y/O LOS DESIGNADOS**

IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **ESTUDIANTES**

AMPAROS

SUMA ASEGURAD

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	19000000.00
MUERTE ACCIDENTAL	22000000.00
DESMEMBRACION	19000000.00
AUXILIO FUNERARIO	8300000.00
RENTA DIARIA POR HOSP.	1500000.00
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	9300000.00
RIESGO BIOLOGICO	10000000.00
GASTOS DE TRASLADO	1800000.00
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	14000000.00
REHABILITACION INTEGRAL	24000000.00
ENFERMEDADES AMPARADAS	10000000.00
ITP POR ENFERMEDAD	1000000.00
AUX. MUERTE ACC. UNO D PADRES	500000.00
ENFERMEDADES TROPICALES	2000000.00
TRANSPORTE POR INCAPACIDAD	250000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$**3,298,660,400,000.00	\$****872,947,600.00		\$*****0.00	\$****872,947,600.00

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		VALOR ASEGURADO
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	
GONSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS S.A	574	100	AXA COLPATRIA SEGUROS S.A	38%	
			LA PREVISORA S.A.	20%	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)770186100019(8020)00000000007000421001104

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN/NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CADA21780F0EFD7E5B

CLIENTE

LLOPEZ 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com

Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: <https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros