

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4004758605

PÓLIZA No: 400-2 - 994000002200 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CABECERA**

COD. AGENCIA: 400 RAMO: 2

DIA MES AÑO
14 2 2018

DIA MES AÑO HORAS
1 2 2018 23:59

DIA MES AÑO HORAS
1 2 2019 23:59

DIA MES AÑO
14 2 2018

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE A LAS

VIGENCIA HASTA A LAS DIAS

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**

IDENTIFICACIÓN: NIT **890201213-4**

DIRECCIÓN: **CALLE 9 CRA 27**

CIUDAD: **BUCARAMANGA, SANTANDER**

TELÉFONO: **6344000**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ALUMNOS INSTITUTO DE LENGUAS UIS**

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **LOS DE LEY**

IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORÍA: **UNICA**

AMPAROS

SUMA ASEGURAD

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	6200000.00
MUERTE ACCIDENTAL	6200000.00
DESMEMBRACION	6200000.00
AUXILIO FUNERARIO	2500000.00
RENTA DIARIA POR HOSP.	1100000.00
GASTOS MEDICOS	4000000.00
GASTOS DE TRSALADO	400000.00
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	6200000.00
REHABILITACION INTEGRAL	12000000.00
ENFERMEDADES AMPARADAS	4000000.00
REEMBOLSO DE MATRICULA POR ACC	300000.00
AUX. MUERTE ACC. UNO D PADRES	120000.00
EXT. COBERTURA INVALIDEZ	390621.00
ENFERMEDADES TROPICALES	400000.00
TRANSPORTE POR INCAPACIDAD	50000.00

TEXTOS POLIZA

Razón social: Instituto de Lenguas de la UIS
Nit: 890.201.213 - 4
Actividad Económica: Entidad Educativa
Ciudad: Bucaramanga.

CONDICIONES TECNICAS

Inicio de Vigencia del Seguro: 1 año con fecha de inicio a convenir.

Objeto del Seguro: brindar una protección integral a los estudiantes de la Institución Educativa otorgando a los vinculados a la póliza cobertura por acontecimientos que sobrevenga durante la vigencia de la póliza, a causa de una muerte natural o muerte accidental, siempre que no concorra con alguna de las causales de exclusión citadas EN LA CLÁUSULA SEGUNDA del condicionado general que aplica para el presente contrato.

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$****132,172,200,000.00	VALOR PRIMA: \$*****18,168,000.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: \$*****0.00	TOTAL A PAGAR: \$*****18,168,000.00
---	---	--------------------	----------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA & IR	473	100			

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)7701861000019(8020)00000000007000400475860

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá



GRANDE 0

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