POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

Nro. 41-68-1000003188

ANEXO DE POLIZA No 36

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
PASTO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	REFACTURACION MANUAL POR COMPLEMENTO
	06 08 2020	06 07 2020	24 02 2021	

DATOS TOMADOR

NOMBRE FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL **DOCUMENTO:** NIT 900631966-1

DIRECCION CARRERA 40 A NO. 15 A 47 BARRIO MARILUZ I **CIUDAD** PASTO, NARIÑO **TELEFONO** 7361021

ASEGURADOS: BENEFICIARIOS CONTRATO ICBF

BENEFICIARIOS : LOS DE LEY

INTERMEDIARIOS

INTERMEDIARIO	PARTICIPACION
153646 RINCON ENRIQUEZ ADRIANA	100 %

DISTRIBUCION DEL COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEG.	PRIMA

INFORMACION DEL RIESGO

CATEGORIA: 1 - 5000

AMPAROS	SUMA ASEGURADA $	PRIMA $	ASEGURADOS
MUERTE ACCIDENTAL	**0**	**342**	**6**
AUXILIO EDUCATIVO	**0**	**0**	**6**
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	**0**	**1,197**	**6**
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	**0**	**1,200**	**6**
DESMEMBRACIÓN EVAPE - 004 A	**0**	**1,373**	**6**
GASTOS MÉDICOS POR REEMBOLSO POR ENFERMEDADES AMPARADAS	**0**	**0**	**6**
GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE EVAPE - 004 A	**0**	**19**	**6**
GASTOS DE TRASLADO POR CUALQUIER CAUSA	**0**	**22**	**6**
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	**0**	**1,890**	**6**
INHABILITACIÓN, INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTALY PERMANENTE POR ACCIDENTE	**0**	**0**	**6**
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	**0**	**350**	**6**
REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ A CAUSA DE ACCIDENTE	**0**	**186**	**6**
***RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**	**0**	**0**	**6**
RIESGOS BIOLÓGICOS	**0**	**0**	**6**
AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL DE DOCENTES O PERSONALADMINISTRATIVO	**0**	**0**	**6**
GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES	**0**	**0**	**6**
AUXILIO DE MATRÍCULA O PENSIÓN POR ACCIDENTE	**0**	**0**	**6**
REEMBOLSO POR REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL	**0**	**0**	**6**
RENTA POR MATERNIDAD	**0**	**0**	**6**
AMBULANCIA AEREA	**0**	**0**	**6**

*** Valor Asegurado Total Máximo por Evento**

PRIMA ANUAL	$6,583.00	IVA	$0.00	TOTAL A PAGAR:	$6,583.00

OBSERVACIONES

PLAN DE PAGOS: CONTADO **CONDUCTO DE PAGOS:** DIRECTO EFECTIVO

Hacen parte de la presente Póliza, las condiciones Generales contenidas en la forma 0, ADJUNTA.

Articulo 1152. Salvo lo previsto en el Artículo siguiente 1153, el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigirlas.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE PASTO A LOS 6 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2020

REFERENCIA PAGO:

2100960049778-0

(415)7709998021150(8020)21009600497780(3900)000000006583(96)20210706

A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO
DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VIDA DEL ES
A DEL ESTADO S.A. - SEGUROS DEL ESTADO

41-68-1000003188

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

Nro. 41-68-1000003188

ANEXO DE POLIZA No 36

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
PASTO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	REFACTURACION MANUAL POR COMPLEMENTO
	06 08 2020	06 07 2020	24 02 2021	

DATOS TOMADOR

NOMBRE FUNDACION DE PROFESIONALES ENFOCADOS A LA RECONSTRUCCION SOCIAL **DOCUMENTO:** NIT 900631966-1

DIRECCION CARRERA 40 A NO. 15 A 47 BARRIO MARILUZ I **CIUDAD** PASTO, NARIÑO **TELEFONO** 7361021

ASEGURADOS: BENEFICIARIOS CONTRATO ICBF

BENEFICIARIOS : LOS DE LEY

INTERMEDIARIOS		DISTRIBUCION DEL COASEGURO			
INTERMEDIARIO	PARTICIPACION	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEG.	PRIMA
153646 RINCON ENRIQUEZ ADRIANA	100 %				

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse VISA MasterCard Diners Club International AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 4360 LA 14 Super INTER SURTIMAX Movil Red Bancolombia Corresponsal Bancario Carulla éxito Gana Gana copidrogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros de Vida del Estado Cuenta Corriente 008465452

Grupo Bancolombia — Seguros de Vida del Estado Cuenta Convenio 47190

PRIMA	ANUAL	$6,583.00	IVA	$0.00	TOTAL A PAGAR:	$6,583.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO Y DARA DERECHO A VIDESTADO,PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.*

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE PASTO A LOS 6 DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2020

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021150(8020)21009600497780(3900)000000006583(96)20210706

REFERENCIA PAGO:

2100960049778-0

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE