ORGANIZACIÓN ANAINJAT WAKUAIPA
NIT. 901.033.403-5

POLIZA ESTUDIANTIL

Res. Rizzia Las Delicias Km 3 vía Riohacha – Santa Marta
Cel. 3205821345 - 3006861808
Riohacha, La Guajira

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

PLANES CONTRATADOS

Amparos	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA	ASEGURADOS
ASEGURADOS			
Muerte Accidental	$ 3.000.000	$ 8.253.388,00	1034
Muerte por hecho No Accidental	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Invalidez Accidental y/o Desmembración	$ 3.000.000	$ 0,00	1034
Rehabilitación integral por Invalidez	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Gastos Médicos derivados de Accidentes Amparados	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Riesgo Biológico	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Enfermedades Amparadas	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Enfermedades Tropicales Infecciosas	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Auxilio Funerario por Muerte Accidental	$ 1.000.000	$ 0,00	1034
Auxilio Funerario por Muerte no Accidental	$ 500.000	$ 0,00	1034
Gastos de Traslado por Accidente	$ 200.000	$ 0,00	1034
Gastos de Traslado por Eventos no Accidentales	$ 100.000	$ 0,00	1034
Renta Diaria por Hospitalización	$ 10.000	$ 0,00	1034
Asistencia Odontológica	$ 0	$ 0,00	1034
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Riesgo Químico	$ 1.200.000	$ 0,00	1034

Prima a Pagar $8.253.388

CONDICIONES PARTICULARES:

PRIMA POR ASEGURADO: $7.982

CLAUSULADOS: : 30/01/2023-1423-P-31-APGPV00000000011-D00I 30/01/2023-1423-NT-P-31-APGPABAFV0000008

SE PRECISA QUE LA ÚNICA COBERTURA EN APGP QUE PUEDE TENER COBERTURA DE COVID ES MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. NO SE TIENE COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD AMPARADA O POR ENFERMEDAD TROPICAL.

* La cobertura para cada asegurado inicia a partir del día siguiente de la expedición de la póliza y los asegurados que sean reportados con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrán cobertura a partir del día siguiente de la novedad o aviso a positiva, siempre y cuando hayan cumplido con los requisitos establecidos y positiva los haya aceptado.

*ENFERMEDADES AMPARADAS (ACLARACIÓN SOBRE EL ALCANCE, YA QUE ES UNA EXTENSIÓN DE COBERTURA MÁS NO IMPLICA SUMA ASEGURADA ADICIONAL). SI EL ASEGURADO FALLECE POR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS DESCRITAS EN EL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA, POSITIVA RECONOCERÁ EL VALOR ASEGURADO DE LA COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL Y SI TAMBIÉN SE HA CONTRATADO EL AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL, IGUALMENTE SERÁ PAGADO. POR OTRA PARTE, SE CUBRIRÁN TAMBIÉN LOS GASTOS MÉDICOS TANTO POR EVENTOS ACCIDENTALES COMO POR EVENTOS ASOCIADOS A ENFERMEDAD AMPARADA NO PREEXISTENTE AL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

***CONDICIÓN PARTICULAR PARA COBRO DE PRIMA ANUAL POR INCLUSIONES Y/O RETIROS DESPUÉS DE INICIO DE VIGENCIA POR SOLICITUD DEL TOMADOR: De común acuerdo con el Tomador, Positiva cobra prima anual para cada inclusión de asegurados después del inicio de la vigencia; por tanto, la inclusión de los asegurados se hará en la fecha del reporte y en el sistema se registrará al inicio de la póliza y se reconocerán los sinestros ocurridos con fecha posterior a la matrícula en el colegio o entidad educativa. De no ser aceptada esta condición particular, se hará cobro de prima proporcional. En el mismo sentido se entiende que la prima de las inclusiones que ocurran despues de iniciada la vigencia, será pagada máximo dentro de los 30 días siguientes a la facturación de la novedad.

De común acuerdo con el Tomador, los estudiantes que se retiren de la institución continuarán asegurados hasta el final de la vigencia; por tanto, la entidad educativa no deberá hacer ningún reporte de exclusión de éstos dentro de la póliza, garantizando protección por el periodo de vigencia pagado.

DEFENSOR DEL CLIENTE: Ana María Giraldo Rincón (Principal) - Pablo Valencia Agudelo (Suplente)
Carrera 10 # 97a - 13, Oficina 502 Teléfono +57 (601) 6108164
e-mail:defensordelcliente@positiva.gov.co

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 DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE RIOHACHA A LOS DOCE (12) DÍAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL VEINTISEIS (2026)

INTERMEDIARIOS			Distribución - Unión Temporal y/o Coaseguro		
CLAVE	NOMBRE	% PART	CÓDIGO	COMPAÑÍA	% PART
47013492B	MARTINEZ VILLANUEVA, NIDIA ISABEL	100%			

FIRMA POSITIVA

FIRMA DEL TOMADOR

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

Cuando se reporten retiros de asegurados, se hará el procedimiento que la Ley indica de exclusión de la póliza y devolución de primas no devengadas, ya que las aseguradoras no pueden cobrar primas por riesgos inexistentes.

***ASISTENCIA DE EMERGENCIA ODONTOLOGICA: LOS ASEGURADOS INCLUIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA CUENTAN CON ASISTENCIA DE EMERGENCIAS ODONTOLOGICAS, POR LO QUE EN CASO DE UN ACCIDENTE QUE INVOLUCRE PIEZAS DENTALES SE DEBERÁN COMUNICAR A TRAVÉS DE LA LINEA 01 8000 111 170 O MARCANDO POR CELULAR AL #533 DESDE CUALQUIER OPERADOR DONDE SERÁN DIRECCIONADOS A TRAVÉS DEL PROVEEDOR DE LA ASISTENCIA ODONTOLOGICA QUE INDICARÁ EL PROCEDIMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LA URGENCIA LAS 24 HORAS DEL DÍA.
*****RIESGO QUIMICO: POSITIVA REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA QUE SE GENERE POR LA EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA DEL ALUMNO ASEGURADO A AGENTES QUÍMICOS O SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE AL ENTRAR EN FORMA ACCIDENTAL AL ORGANISMO, MEDIANTE INHALACIÓN, EXPOSICIÓN OCULAR, ABSORCIÓN CUTÁNEA O INGESTIÓN PUEDEN PROVOCAR INTOXICACIÓN, QUEMADURAS, IRRITACIONES O LESIONES SISTÉMICAS, DEPENDIENDO DEL GRADO DE CONCENTRACIÓN Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN, CAUSANDO LESIONES EN LA SALUD DE FORMA AGUDA O CRÓNICA.

***RIESGO BIOLÓGICO: Si como consecuencia de un accidente amparado de acuerdo con la definición descrita en este condicionado, el asegurado se viera afectado por un riesgo biológico, positiva reconocerá hasta el 100% del valor asegurado contratado para el amparo de gastos médicos a medida que se vayan generando los mismos únicamente para la atención inicial de la urgencia.
No se considera un hecho accidental, la trasmisión por contagio entre humanos de alguna enfermedad de cualquier naturaleza.
Para su reconocimiento se requiere que el presente amparo haya sido contratado y aparezca en la carátula de la póliza, que el accidente que genera el riesgo biológico ocurra dentro de la vigencia, se haya aplicado el respectivo protocolo y el valor asegurado de gastos médicos no se haya agotado.

***REHABILITACION PSICOLOGICA POR ABUSO SEXUAL: NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA CON RELACIÓN AL AMPARO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ, SE ESTABLECE QUE SI EL ESTUDIANTE ASEGURADO ES VÍCTIMA DEL ABUSO SEXUAL DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PRESENTANDO LAS PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE MEDICINA LEGAL, SE REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, POR CONCEPTO DE TRATAMIENTO SICOLÓGICO QUE HAYA SIDO REALIZADO POR UN PROFESIONAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y QUE CUENTE CON TARJETA PROFESIONAL. EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR LAS FACTURAS DEBIDAMENTE CANCELADAS. NOTA: NO SE TIENE COBERTURA POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
***RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION: POSITIVA CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA, EL VALOR DE LA RENTA DIARIA CONTRATADA POR HOSPITALIZACIÓN, CUANDO MEDIANTE ORDEN MÉDICA SE REQUIERA LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO PARA UN EVENTO AMPARADO. EL DERECHO A ESTA COBERTURA INICIARÁ DESPUÉS DE TRES (03) DÍAS CONTINUOS DE HOSPITALIZACIÓN.
LA COBERTURA MÁXIMA SERÁ DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS AL AÑO POR UNO O VARIOS EVENTOS.
EN CASO DE QUE LA HOSPITALIZACIÓN, SE EFECTÚE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, SE DARÁ COBERTURA HASTA POR CINCO (05) DÍAS, RECONOCIENDO EL VALOR EQUIVALENTE AL DOBLE DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN CONTRATADA. LA COBERTURA EN TODOS LOS CASOS OPERARÁ SIEMPRE QUE LA HOSPITALIZACIÓN TENGA LUGAR EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
SÍ COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, UNA ESTUDIANTE ASEGURADA EMBARAZADA DEBIERA SER HOSPITALIZADA PARA ATENCIÓN DE LA URGENCIA Y/O SE PRODUZCA EL PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO QUE SE ADELANTE A LA FECHA PREVISTA, POSITIVA RECONOCERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA DESPUÉS DE APLICADO EL DEDUCIBLE Y SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS, Y SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE AMPARO. ASÍ MISMO, POSITIVA RECONOCERÁ HASTA EL 50% DE LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA QUE LE SEA ORDENADA POR EL MÉDICO TRATANTE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SIN SOBREPASAR POR EVENTO O AÑO, LOS QUINCE (15) DÍAS MENCIONADOS EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES. LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN, EN UCI Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA SE ACUMULAN Y NO PODRÁN SOBREPASAR EL LÍMITE MÁXIMO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. PARA SU RECONOCIMIENTO SE REQUIERE QUE EL PRESENTE AMPARO HAYA SIDO CONTRATADO Y APAREZCA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
1. PARA CONTRATISTAS QUE ATIENDEN LA POBLACION INFANTIL Y MADRES (GESTANTES O LACTANTES) DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, SE OTORGA COMO CONDICIÓN PARTICULAR EL REEMPLAZO DE ASEGURADOS DURANTE LA VIGENCIA SUJETO A QUE CADA EXCLUSIÓN DEBE SER REPORTADA SIMULTANEAMENTE CON LA RESPECTIVA INCLUSIÓN. EN NINGUN CASO SE GENERARA DEVOLUCION DE PRIMAS.

2. SI EL ASEGURADO PRESENTA SINIESTROS, ATENCIONES MEDICAS Y/O RECLAMACIONES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, NO APLICA LA CLAÚSULA DE SUSTITUCION O REEMPLAZO, TENIENDO EN CUENTA QUE PUEDE REQUERIR AUTORIZACIONES, ATENCIONES O INDEMNIZACIONES POSTERIORES EN CUALQUIER COBERTURA DE LA PÓLIZA.

3. CUANDO EL MOTIVO DE RETIRO DEL ASEGURADO SEA POR MUERTE O INVALIDEZ ACCIDENTAL, NO APLICA SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE ASEGURADOS.

4. CUANDO SE REALICE LA NOVEDAD DE EXCLUSION SE DEBE INFORMAR EL MOTIVO LA MISMA.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

5. PARA REALIZAR LAS NOVEDADES DE REEMPLAZO LA PRIMA DE LA PÓLIZA DEBE ESTAR AL DÍA EN LOS PAGOS.

6. REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL: EXTENSIÓN DE COBERTURA DE GASTOS DEL AMPARO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ. SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO ES VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN LEGAL Y PRESENTANDO LAS PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE MEDICINA LEGAL, POSITIVA RECONOCERÁ MEDIANTE REEMBOLSO O PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS LUGARES DONDE CUENTE CON RED ASISTENCIAL CONTRATADA, HASTA EL VALOR ASEGURADO INFORMADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CONCEPTO DE VALORACIÓN Y SESIONES INDIVIDUALES DE PSICOTERAPIA, CON UN PSICÓLOGO PROFESIONAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y PORTADOR DE LA TARJETA PROFESIONAL EXPEDIDA POR EL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS.

ASEGURADOS

Muerte Accidental	$ 3.000.000	$ 8.253.388,00	1034
Muerte por hecho No Accidental	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Invalidez Accidental y/o Desmembración	$ 3.000.000	$ 0,00	1034
Rehabilitación integral por Invalidez	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Gastos Médicos derivados de Accidentes Amparados	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Riesgo Biológico	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Enfermedades Amparadas	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Enfermedades Tropicales Infecciosas	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Auxilio Funerario por Muerte Accidental	$ 1.000.000	$ 0,00	1034
Auxilio Funerario por Muerte no Accidental	$ 500.000	$ 0,00	1034
Gastos de Traslado por Accidente	$ 200.000	$ 0,00	1034
Gastos de Traslado por Eventos no Accidentales	$ 100.000	$ 0,00	1034
Renta Diaria por Hospitalización	$ 10.000	$ 0,00	1034
Asistencia Odontológica	$ 0	$ 0,00	1034
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Riesgo Químico	$ 1.200.000	$ 0,00	1034

Prima a Pagar $8.253.388

CONDICIONES PARTICULARES:

PRIMA POR ASEGURADO: $7.982

CLAUSULADOS: : 30/01/2023-1423-P-31-APGPV000000000011-D00I 30/01/2023-1423-NT-P-31-APGPABAFV0000008

SE PRECISA QUE LA ÚNICA COBERTURA EN APGP QUE PUEDE TENER COBERTURA DE COVID ES MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. NO SE TIENE COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD AMPARADA O POR ENFERMEDAD TROPICAL.

* La cobertura para cada asegurado inicia a partir del día siguiente de la expedición de la póliza y los asegurados que sean reportados con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrán cobertura a partir del día siguiente de la novedad o aviso a positiva, siempre y cuando hayan cumplido con los requisitos establecidos y positiva los haya aceptado.

*ENFERMEDADES AMPARADAS (ACLARACIÓN SOBRE EL ALCANCE, YA QUE ES UNA EXTENSIÓN DE COBERTURA MÁS NO IMPLICA SUMA ASEGURADA ADICIONAL). SI EL ASEGURADO FALLECE POR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS DESCRITAS EN EL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA, POSITIVA RECONOCERÁ EL VALOR ASEGURADO DE LA COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL Y SI TAMBIÉN SE HA CONTRATADO EL AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL, IGUALMENTE SERÁ PAGADO. POR OTRA PARTE, SE CUBRIRÁN TAMBIÉN LOS GASTOS MÉDICOS TANTO POR EVENTOS ACCIDENTALES COMO POR EVENTOS ASOCIADOS A ENFERMEDAD AMPARADA NO PREEXISTENTE AL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

***CONDICIÓN PARTICULAR PARA COBRO DE PRIMA ANUAL POR INCLUSIONES Y/O RETIROS DESPUÉS DE INICIO DE VIGENCIA POR SOLICITUD DEL TOMADOR: De común acuerdo con el Tomador, Positiva cobra prima anual para cada inclusión de asegurados después del inicio de la vigencia; por tanto, la inclusión de los asegurados se hará en la fecha del reporte y en el sistema se registrará al inicio de la póliza y se reconocerán los siniestros ocurridos con fecha posterior a la matrícula en el colegio o entidad educativa. De no ser aceptada esta condición particular, se hará cobro de prima proporcional. En el mismo sentido se entiende que la prima de las inclusiones que ocurran despues de iniciada la vigencia, será pagada máximo dentro de los 30 días siguientes a la facturación de la novedad.

De común acuerdo con el Tomador, los estudiantes que se retiren de la institución continuarán asegurados hasta el final de la vigencia; por tanto, la entidad educativa no deberá hacer ningún reporte de exclusión de éstos dentro de la póliza, garantizando protección por el periodo de vigencia pagado.

Cuando se reporten retiros de asegurados, se hará el procedimiento que la Ley indica de exclusión de la póliza y devolución de primas no devengadas, ya que las aseguradoras no pueden cobrar primas por riesgos inexistentes.

***ASISTENCIA DE EMERGENCIA ODONTOLOGICA: LOS ASEGURADOS INCLUIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA CUENTAN CON ASISTENCIA DE EMERGENCIAS ODONTOLOGICAS, POR LO QUE EN CASO DE UN ACCIDENTE QUE INVOLUCRE PIEZAS DENTALES SE DEBERÁN COMUNICAR A TRAVÉS DE LA LINEA 01 8000 111 170 O MARCANDO POR CELULAR AL #533 DESDE CUALQUIER OPERADOR DONDE SERÁN DIRECCIONADOS A TRAVÉS DEL PROVEEDOR DE LA ASISTENCIA ODONTOLOGICA QUE INDICARÁ EL PROCEDIMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LA URGENCIA LAS 24 HORAS DEL DÍA.
*****RIESGO QUIMICO: POSITIVA REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA QUE SE GENERE POR LA EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA DEL ALUMNO ASEGURADO A AGENTES QUÍMICOS O SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE AL ENTRAR EN FORMA ACCIDENTAL AL ORGANISMO, MEDIANTE INHALACIÓN, EXPOSICIÓN OCULAR, ABSORCIÓN CUTÁNEA O INGESTIÓN PUEDEN PROVOCAR INTOXICACIÓN, QUEMADURAS, IRRITACIONES O LESIONES SISTÉMICAS, DEPENDIENDO DEL GRADO DE CONCENTRACIÓN Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN, CAUSANDO LESIONES EN LA SALUD DE FORMA AGUDA O CRÓNICA.

***RIESGO BIOLÓGICO: Si como consecuencia de un accidente amparado de acuerdo con la definición descrita en este condicionado, el asegurado se viera afectado por un riesgo biológico, positiva reconocerá hasta el 100% del valor asegurado contratado para el amparo de gastos médicos a medida que se vayan generando los mismos únicamente para la atención inicial de la urgencia.
No se considera un hecho accidental, la trasmisión por contagio entre humanos de alguna enfermedad de cualquier naturaleza.
Para su reconocimiento se requiere que el presente amparo haya sido contratado y aparezca en la carátula de la póliza, que el accidente que genera el riesgo biológico ocurra dentro de la vigencia, se haya aplicado el respectivo protocolo y el valor asegurado de gastos médicos no se haya agotado.

***REHABILITACION PSICOLOGICA POR ABUSO SEXUAL: NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA CON RELACIÓN AL AMPARO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ, SE ESTABLECE QUE SI EL ESTUDIANTE ASEGURADO ES VÍCTIMA DEL ABUSO SEXUAL DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PRESENTANDO LAS PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE MEDICINA LEGAL, SE REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, POR CONCEPTO DE TRATAMIENTO SICOLÓGICO QUE HAYA SIDO REALIZADO POR UN PROFESIONAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y QUE CUENTE CON TARJETA PROFESIONAL. EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR LAS FACTURAS DEBIDAMENTE CANCELADAS. NOTA: NO SE TIENE COBERTURA POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
***RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION: POSITIVA CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA, EL VALOR DE LA RENTA DIARIA CONTRATADA POR HOSPITALIZACIÓN, CUANDO MEDIANTE ORDEN MÉDICA SE REQUIERA LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO PARA UN EVENTO AMPARADO. EL DERECHO A ESTA COBERTURA INICIARÁ DESPUÉS DE TRES (03) DÍAS CONTINUOS DE HOSPITALIZACIÓN.
LA COBERTURA MÁXIMA SERÁ DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS AL AÑO POR UNO O VARIOS EVENTOS.
EN CASO DE QUE LA HOSPITALIZACIÓN, SE EFECTÚE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, SE DARÁ COBERTURA HASTA POR CINCO (05) DÍAS, RECONOCIENDO EL VALOR EQUIVALENTE AL DOBLE DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN CONTRATADA. LA COBERTURA EN TODOS LOS CASOS OPERARÁ SIEMPRE QUE LA HOSPITALIZACIÓN TENGA LUGAR EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
SÍ COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, UNA ESTUDIANTE ASEGURADA EMBARAZADA DEBIERA SER HOSPITALIZADA PARA ATENCIÓN DE LA URGENCIA Y/O SE PRODUZCA EL PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO QUE SE ADELANTE A LA FECHA PREVISTA, POSITIVA RECONOCERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA DESPUÉS DE APLICADO EL DEDUCIBLE Y SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS, Y SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE AMPARO. ASÍ MISMO, POSITIVA RECONOCERÁ HASTA EL 50% DE LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA QUE LE SEA ORDENADA POR EL MÉDICO TRATANTE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SIN SOBREPASAR POR EVENTO O AÑO, LOS QUINCE (15) DÍAS MENCIONADOS EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES. LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN, EN UCI Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA SE ACUMULAN Y NO PODRÁN SOBREPASAR EL LÍMITE MÁXIMO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. PARA SU RECONOCIMIENTO SE REQUIERE QUE EL PRESENTE AMPARO HAYA SIDO CONTRATADO Y APAREZCA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
1. PARA CONTRATISTAS QUE ATIENDEN LA POBLACION INFANTIL Y MADRES (GESTANTES O LACTANTES) DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, SE OTORGA COMO CONDICIÓN PARTICULAR EL REEMPLAZO DE ASEGURADOS DURANTE LA VIGENCIA SUJETO A QUE CADA EXCLUSIÓN DEBE SER REPORTADA SIMULTANEAMENTE CON LA RESPECTIVA

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

INCLUSIÓN. EN NINGUN CASO SE GENERARA DEVOLUCION DE PRIMAS.

2. SI EL ASEGURADO PRESENTA SINIESTROS, ATENCIONES MEDICAS Y/O RECLAMACIONES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, NO APLICA LA CLAÚSULA DE SUSTITUCION O REEMPLAZO, TENIENDO EN CUENTA QUE PUEDE REQUERIR AUTORIZACIONES, ATENCIONES O INDEMNIZACIONES POSTERIORES EN CUALQUIER COBERTURA DE LA PÓLIZA.

~~3. CUANDO EL MOTIVO DE RETIRO DEL ASEGURADO SEA POR MUERTE O INVALIDEZ ACCIDENTAL, NO APLICA SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE ASEGURADOS.~~

4. CUANDO SE REALICE LA NOVEDAD DE EXCLUSION SE DEBE INFORMAR EL MOTIVO LA MISMA.

5. PARA REALIZAR LAS NOVEDADES DE REEMPLAZO LA PRIMA DE LA PÓLIZA DEBE ESTAR AL DÍA EN LOS PAGOS.

6. REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL: EXTENSIÓN DE COBERTURA DE GASTOS DEL AMPARO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ. SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO ES VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN LEGAL Y PRESENTANDO LAS PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE MEDICINA LEGAL, POSITIVA RECONOCERÁ MEDIANTE REEMBOLSO O PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS LUGARES DONDE CUENTE CON RED ASISTENCIAL CONTRATADA, HASTA EL VALOR ASEGURADO INFORMADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CONCEPTO DE VALORACIÓN Y SESIONES INDIVIDUALES DE PSICOTERAPIA, CON UN PSICÓLOGO PROFESIONAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y PORTADOR DE LA TARJETA PROFESIONAL EXPEDIDA POR EL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS.

ASEGURADOS

Muerte Accidental	$ 3.000.000	$ 8.253.388,00	1034
Muerte por hecho No Accidental	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Invalidez Accidental y/o Desmembración	$ 3.000.000	$ 0,00	1034
Rehabilitación integral por Invalidez	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Gastos Médicos derivados de Accidentes Amparados	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Riesgo Biológico	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Enfermedades Amparadas	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Enfermedades Tropicales Infecciosas	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Auxilio Funerario por Muerte Accidental	$ 1.000.000	$ 0,00	1034
Auxilio Funerario por Muerte no Accidental	$ 500.000	$ 0,00	1034
Gastos de Traslado por Accidente	$ 200.000	$ 0,00	1034
Gastos de Traslado por Eventos no Accidentales	$ 100.000	$ 0,00	1034
Renta Diaria por Hospitalización	$ 10.000	$ 0,00	1034
Asistencia Odontológica	$ 0	$ 0,00	1034
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Riesgo Químico	$ 1.200.000	$ 0,00	1034

Prima a Pagar $8.253.388

CONDICIONES PARTICULARES:

PRIMA POR ASEGURADO: $7.982

CLAUSULADOS: : 30/01/2023-1423-P-31-APGPV00000000011-D00I 30/01/2023-1423-NT-P-31-APGPABAFV0000008

SE PRECISA QUE LA ÚNICA COBERTURA EN APGP QUE PUEDE TENER COBERTURA DE COVID ES MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. NO SE TIENE COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD AMPARADA O POR ENFERMEDAD TROPICAL.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

* La cobertura para cada asegurado inicia a partir del día siguiente de la expedición de la póliza y los asegurados que sean reportados con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrán cobertura a partir del día siguiente de la novedad o aviso a positiva, siempre y cuando hayan cumplido con los requisitos establecidos y positiva los haya aceptado.

*ENFERMEDADES AMPARADAS (ACLARACIÓN SOBRE EL ALCANCE, YA QUE ES UNA EXTENSIÓN DE COBERTURA MÁS NO IMPLICA SUMA ASEGURADA ADICIONAL). SI EL ASEGURADO FALLECE POR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS DESCRITAS EN EL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA, POSITIVA RECONOCERÁ EL VALOR ASEGURADO DE LA COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL Y SI TAMBIÉN SE HA CONTRATADO EL AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL, IGUALMENTE SERÁ PAGADO. POR OTRA PARTE, SE CUBRIRÁN TAMBIÉN LOS GASTOS MÉDICOS TANTO POR EVENTOS ACCIDENTALES COMO POR EVENTOS ASOCIADOS A ENFERMEDAD AMPARADA NO PREEXISTENTE AL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

***CONDICIÓN PARTICULAR PARA COBRO DE PRIMA ANUAL POR INCLUSIONES Y/O RETIROS DESPUÉS DE INICIO DE VIGENCIA POR SOLICITUD DEL TOMADOR: De común acuerdo con el Tomador, Positiva cobra prima anual para cada inclusión de asegurados después del inicio de la vigencia; por tanto, la inclusión de los asegurados se hará en la fecha del reporte y en el sistema se registrará al inicio de la póliza y se reconocerán los siniestros ocurridos con fecha posterior a la matrícula en el colegio o entidad educativa. De no ser aceptada esta condición particular, se hará cobro de prima proporcional. En el mismo sentido se entiende que la prima de las inclusiones que ocurran despues de iniciada la vigencia, será pagada máximo dentro de los 30 días siguientes a la facturación de la novedad.

De común acuerdo con el Tomador, los estudiantes que se retiren de la institución continuarán asegurados hasta el final de la vigencia; por tanto, la entidad educativa no deberá hacer ningún reporte de exclusión de éstos dentro de la póliza, garantizando protección por el periodo de vigencia pagado.

Cuando se reporten retiros de asegurados, se hará el procedimiento que la Ley indica de exclusión de la póliza y devolución de primas no devengadas, ya que las aseguradoras no pueden cobrar primas por riesgos inexistentes.

***ASISTENCIA DE EMERGENCIA ODONTOLOGICA: LOS ASEGURADOS INCLUIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA CUENTAN CON ASISTENCIA DE EMERGENCIAS ODONTOLOGICAS, POR LO QUE EN CASO DE UN ACCIDENTE QUE INVOLUCRE PIEZAS DENTALES SE DEBERÁN COMUNICAR A TRAVÉS DE LA LINEA 01 8000 111 170 O MARCANDO POR CELULAR AL #533 DESDE CUALQUIER OPERADOR DONDE SERÁN DIRECCIONADOS A TRAVÉS DEL PROVEEDOR DE LA ASISTENCIA ODONTOLOGICA QUE INDICARÁ EL PROCEDIMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LA URGENCIA LAS 24 HORAS DEL DÍA.
*****RIESGO QUIMICO: POSITIVA REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA QUE SE GENERE POR LA EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA DEL ALUMNO ASEGURADO A AGENTES QUÍMICOS O SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE AL ENTRAR EN FORMA ACCIDENTAL AL ORGANISMO, MEDIANTE INHALACIÓN, EXPOSICIÓN OCULAR, ABSORCIÓN CUTÁNEA O INGESTIÓN PUEDEN PROVOCAR INTOXICACIÓN, QUEMADURAS, IRRITACIONES O LESIONES SISTÉMICAS, DEPENDIENDO DEL GRADO DE CONCENTRACIÓN Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN, CAUSANDO LESIONES EN LA SALUD DE FORMA AGUDA O CRÓNICA.

***RIESGO BIOLÓGICO: Si como consecuencia de un accidente amparado de acuerdo con la definición descrita en este condicionado, el asegurado se viera afectado por un riesgo biológico, positiva reconocerá hasta el 100% del valor asegurado contratado para el amparo de gastos médicos a medida que se vayan generando los mismos únicamente para la atención inicial de la urgencia.
No se considera un hecho accidental, la trasmisión por contagio entre humanos de alguna enfermedad de cualquier naturaleza.
Para su reconocimiento se requiere que el presente amparo haya sido contratado y aparezca en la carátula de la póliza, que el accidente que genera el riesgo biológico ocurra dentro de la vigencia, se haya aplicado el respectivo protocolo y el valor asegurado de gastos médicos no se haya agotado.

***REHABILITACION PSICOLOGICA POR ABUSO SEXUAL: NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA CON RELACIÓN AL AMPARO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ, SE ESTABLECE QUE SI EL ESTUDIANTE ASEGURADO ES VÍCTIMA DEL ABUSO SEXUAL DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PRESENTANDO LAS PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE MEDICINA LEGAL, SE REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, POR CONCEPTO DE TRATAMIENTO SICOLÓGICO QUE HAYA SIDO REALIZADO POR UN PROFESIONAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y QUE CUENTE CON TARJETA PROFESIONAL. EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR LAS FACTURAS DEBIDAMENTE CANCELADAS. NOTA: NO SE TIENE COBERTURA POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
***RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION: POSITIVA CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA, EL VALOR DE LA RENTA DIARIA CONTRATADA POR HOSPITALIZACIÓN, CUANDO MEDIANTE ORDEN MÉDICA SE REQUIERA LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO PARA UN EVENTO AMPARADO. EL DERECHO A ESTA COBERTURA INICIARÁ DESPUÉS DE TRES (03) DÍAS CONTINUOS DE HOSPITALIZACIÓN.
LA COBERTURA MÁXIMA SERÁ DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS AL AÑO POR UNO O VARIOS EVENTOS.
EN CASO DE QUE LA HOSPITALIZACIÓN, SE EFECTÚE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, SE DARÁ COBERTURA HASTA POR CINCO (05) DÍAS, RECONOCIENDO EL VALOR EQUIVALENTE AL DOBLE DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN CONTRATADA. LA COBERTURA EN TODOS LOS CASOS OPERARÁ SIEMPRE QUE LA HOSPITALIZACIÓN TENGA LUGAR EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
SÍ COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, UNA ESTUDIANTE ASEGURADA EMBARAZADA DEBIERA SER HOSPITALIZADA PARA ATENCIÓN DE LA URGENCIA Y/O SE PRODUZCA EL PARTO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
Nit.: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

NORMAL O QUIRÚRGICO QUE SE ADELANTE A LA FECHA PREVISTA, POSITIVA RECONOCERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA DESPUÉS DE APLICADO EL DEDUCIBLE Y SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS, Y SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE AMPARO. ASÍ MISMO, POSITIVA RECONOCERÁ HASTA EL 50% DE LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA QUE LE SEA ORDENADA POR EL MÉDICO TRATANTE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SIN SOBREPASAR POR EVENTO O AÑO, LOS QUINCE (15) DÍAS MENCIONADOS EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES. LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN, EN UCI Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA SE ACUMULAN Y NO PODRÁN SOBREPASAR EL LÍMITE MÁXIMO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. PARA SU RECONOCIMIENTO SE REQUIERE QUE EL PRESENTE AMPARO HAYA SIDO CONTRATADO Y APAREZCA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
1. PARA CONTRATISTAS QUE ATIENDEN LA POBLACION INFANTIL Y MADRES (GESTANTES O LACTANTES) DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, SE OTORGA COMO CONDICIÓN PARTICULAR EL REEMPLAZO DE ASEGURADOS DURANTE LA VIGENCIA SUJETO A QUE CADA EXCLUSIÓN DEBE SER REPORTADA SIMULTANEAMENTE CON LA RESPECTIVA INCLUSIÓN. EN NINGUN CASO SE GENERARA DEVOLUCION DE PRIMAS.

2. SI EL ASEGURADO PRESENTA SINIESTROS, ATENCIONES MEDICAS Y/O RECLAMACIONES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, NO APLICA LA CLAÚSULA DE SUSTITUCION O REEMPLAZO, TENIENDO EN CUENTA QUE PUEDE REQUERIR AUTORIZACIONES, ATENCIONES O INDEMNIZACIONES POSTERIORES EN CUALQUIER COBERTURA DE LA PÓLIZA.

~~3. CUANDO EL MOTIVO DE RETIRO DEL ASEGURADO SEA POR MUERTE O INVALIDEZ ACCIDENTAL, NO APLICA SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE ASEGURADOS.~~

4. CUANDO SE REALICE LA NOVEDAD DE EXCLUSION SE DEBE INFORMAR EL MOTIVO LA MISMA.

5. PARA REALIZAR LAS NOVEDADES DE REEMPLAZO LA PRIMA DE LA PÓLIZA DEBE ESTAR AL DÍA EN LOS PAGOS.

6. REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL: EXTENSIÓN DE COBERTURA DE GASTOS DEL AMPARO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ. SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO ES VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN LEGAL Y PRESENTANDO LAS PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE MEDICINA LEGAL, POSITIVA RECONOCERÁ MEDIANTE REEMBOLSO O PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS LUGARES DONDE CUENTE CON RED ASISTENCIAL CONTRATADA, HASTA EL VALOR ASEGURADO INFORMADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CONCEPTO DE VALORACIÓN Y SESIONES INDIVIDUALES DE PSICOTERAPIA, CON UN PSICÓLOGO PROFESIONAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y PORTADOR DE LA TARJETA PROFESIONAL EXPEDIDA POR EL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS.

ASEGURADOS

Muerte Accidental	$ 3.000.000	$ 8.253.388,00	1034
Muerte por hecho No Accidental	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Invalidez Accidental y/o Desmembración	$ 3.000.000	$ 0,00	1034
Rehabilitación integral por Invalidez	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Gastos Médicos derivados de Accidentes Amparados	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Riesgo Biológico	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Enfermedades Amparadas	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Enfermedades Tropicales Infecciosas	$ 1.200.000	$ 0,00	1034
Auxilio Funerario por Muerte Accidental	$ 1.000.000	$ 0,00	1034
Auxilio Funerario por Muerte no Accidental	$ 500.000	$ 0,00	1034
Gastos de Traslado por Accidente	$ 200.000	$ 0,00	1034
Gastos de Traslado por Eventos no Accidentales	$ 100.000	$ 0,00	1034
Renta Diaria por Hospitalización	$ 10.000	$ 0,00	1034
Asistencia Odontológica	$ 0	$ 0,00	1034
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	$ 2.000.000	$ 0,00	1034
Riesgo Químico	$ 1.200.000	$ 0,00	1034

Prima a Pagar $8.037.874

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

CONDICIONES PARTICULARES:

PRIMA POR ASEGURADO: $7.982

CLAUSULADOS: : 30/01/2023-1423-P-31-APGPV00000000011-D00I 30/01/2023-1423-NT-P-31-APGPABAFV0000008

SE PRECISA QUE LA ÚNICA COBERTURA EN APGP QUE PUEDE TENER COBERTURA DE COVID ES MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. NO SE TIENE COBERTURA PARA GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD AMPARADA O POR ENFERMEDAD TROPICAL.

* La cobertura para cada asegurado inicia a partir del día siguiente de la expedición de la póliza y los asegurados que sean reportados con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrán cobertura a partir del dia siguiente de la novedad o aviso a positiva, siempre y cuando hayan cumplido con los requisitos establecidos y positiva los haya aceptado.

*ENFERMEDADES AMPARADAS (ACLARACIÓN SOBRE EL ALCANCE, YA QUE ES UNA EXTENSIÓN DE COBERTURA MÁS NO IMPLICA SUMA ASEGURADA ADICIONAL). SI EL ASEGURADO FALLECE POR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS DESCRITAS EN EL CLAUSULADO DE LA PÓLIZA, POSITIVA RECONOCERÁ EL VALOR ASEGURADO DE LA COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL Y SI TAMBIÉN SE HA CONTRATADO EL AUXILIO POR MUERTE ACCIDENTAL, IGUALMENTE SERÁ PAGADO. POR OTRA PARTE, SE CUBRIRÁN TAMBIÉN LOS GASTOS MÉDICOS TANTO POR EVENTOS ACCIDENTALES COMO POR EVENTOS ASOCIADOS A ENFERMEDAD AMPARADA NO PREEXISTENTE AL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO.

***CONDICIÓN PARTICULAR PARA COBRO DE PRIMA ANUAL POR INCLUSIONES Y/O RETIROS DESPUÉS DE INICIO DE VIGENCIA POR SOLICITUD DEL TOMADOR: De común acuerdo con el Tomador, Positiva cobra prima anual para cada inclusión de asegurados después del inicio de la vigencia; por tanto, la inclusión de los asegurados se hará en la fecha del reporte y en el sistema se registrará al inicio de la póliza y se reconocerán los siniestros ocurridos con fecha posterior a la matrícula en el colegio o entidad educativa. De no ser aceptada esta condición particular, se hará cobro de prima proporcional. En el mismo sentido se entiende que la prima de las inclusiones que ocurran despues de iniciada la vigencia, será pagada máximo dentro de los 30 días siguientes a la facturación de la novedad.

De común acuerdo con el Tomador, los estudiantes que se retiren de la institución continuarán asegurados hasta el final de la vigencia; por tanto, la entidad educativa no deberá hacer ningún reporte de exclusión de éstos dentro de la póliza, garantizando protección por el periodo de vigencia pagado.

Cuando se reporten retiros de asegurados, se hará el procedimiento que la Ley indica de exclusión de la póliza y devolución de primas no devengadas, ya que las aseguradoras no pueden cobrar primas por riesgos inexistentes.

***ASISTENCIA DE EMERGENCIA ODONTOLOGICA: LOS ASEGURADOS INCLUIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA CUENTAN CON ASISTENCIA DE EMERGENCIAS ODONTOLOGICAS, POR LO QUE EN CASO DE UN ACCIDENTE QUE INVOLUCRE PIEZAS DENTALES SE DEBERÁN COMUNICAR A TRAVÉS DE LA LINEA 01 8000 111 170 O MARCANDO POR CELULAR AL #533 DESDE CUALQUIER OPERADOR DONDE SERÁN DIRECCIONADOS A TRAVÉS DEL PROVEEDOR DE LA ASISTENCIA ODONTOLOGICA QUE INDICARÁ EL PROCEDIMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LA URGENCIA LAS 24 HORAS DEL DÍA.
*****RIESGO QUIMICO: POSITIVA REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA QUE SE GENERE POR LA EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA DEL ALUMNO ASEGURADO A AGENTES QUÍMICOS O SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE AL ENTRAR EN FORMA ACCIDENTAL AL ORGANISMO, MEDIANTE INHALACIÓN, EXPOSICIÓN OCULAR, ABSORCIÓN CUTÁNEA O INGESTIÓN PUEDEN PROVOCAR INTOXICACIÓN, QUEMADURAS, IRRITACIONES O LESIONES SISTÉMICAS, DEPENDIENDO DEL GRADO DE CONCENTRACIÓN Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN, CAUSANDO LESIONES EN LA SALUD DE FORMA AGUDA O CRÓNICA.

***RIESGO BIOLÓGICO: Si como consecuencia de un accidente amparado de acuerdo con la definición descrita en este condicionado, el asegurado se viera afectado por un riesgo biológico, positiva reconocerá hasta el 100% del valor asegurado contratado para el amparo de gastos médicos a medida que se vayan generando los mismos únicamente para la atención inicial de la urgencia.
No se considera un hecho accidental, la trasmisión por contagio entre humanos de alguna enfermedad de cualquier naturaleza.
Para su reconocimiento se requiere que el presente amparo haya sido contratado y aparezca en la carátula de la póliza, que el accidente que genera el riesgo biológico ocurra dentro de la vigencia, se haya aplicado el respectivo protocolo y el valor asegurado de gastos médicos no se haya agotado.

***REHABILITACION PSICOLOGICA POR ABUSO SEXUAL: NO OBSTANTE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA CON RELACIÓN AL AMPARO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ, SE ESTABLECE QUE SI EL ESTUDIANTE ASEGURADO ES VÍCTIMA DEL ABUSO SEXUAL DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PRESENTANDO LAS PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE MEDICINA LEGAL, SE REEMBOLSARÁ HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA ESTE AMPARO, POR CONCEPTO DE TRATAMIENTO SICOLÓGICO QUE HAYA SIDO REALIZADO POR UN PROFESIONAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y QUE CUENTE CON TARJETA PROFESIONAL. EL ASEGURADO DEBE PRESENTAR LAS FACTURAS DEBIDAMENTE CANCELADAS. NOTA: NO SE TIENE COBERTURA POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.
***RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION: POSITIVA CUANDO ASÍ SE INDIQUE EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA, EL VALOR DE LA RENTA DIARIA CONTRATADA POR HOSPITALIZACIÓN, CUANDO MEDIANTE ORDEN MÉDICA SE REQUIERA LA HOSPITALIZACIÓN PARA EL

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

GENERACIÓN POSITIVA

Nro.3100033451-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
SUCURSAL GUAJIRA	12/05/2026	13/02/2026	03/12/2026	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE ORGANIZACION INDIGENA WAYUU ANAINJAT WAKUAIPA **DOCUMENTO** NIT 9010334035

DIRECCIÓN KM 3 VIA A SANTAMARTA COMUNIDAD LAS DELICIAS **CIUDAD** RIOHACHA **TELÉFONO** 3205821345

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO PARA UN EVENTO AMPARADO. EL DERECHO A ESTA COBERTURA INICIARÁ DESPUÉS DE TRES (03) DÍAS CONTINUOS DE HOSPITALIZACIÓN.
LA COBERTURA MÁXIMA SERÁ DESCRITA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS AL AÑO POR UNO O VARIOS EVENTOS.
EN CASO DE QUE LA HOSPITALIZACIÓN, SE EFECTÚE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, SE DARÁ COBERTURA HASTA POR CINCO (05) DÍAS, RECONOCIENDO EL VALOR EQUIVALENTE AL DOBLE DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN CONTRATADA. LA COBERTURA EN TODOS LOS CASOS OPERARÁ SIEMPRE QUE LA HOSPITALIZACIÓN TENGA LUGAR EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
SÍ COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE, UNA ESTUDIANTE ASEGURADA EMBARAZADA DEBIERA SER HOSPITALIZADA PARA ATENCIÓN DE LA URGENCIA Y/O SE PRODUZCA EL PARTO NORMAL O QUIRÚRGICO QUE SE ADELANTE A LA FECHA PREVISTA, POSITIVA RECONOCERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA DESPUÉS DE APLICADO EL DEDUCIBLE Y SIN EXCEDER DE QUINCE (15) DÍAS CONTINUOS O DISCONTINUOS, Y SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE AMPARO. ASÍ MISMO, POSITIVA RECONOCERÁ HASTA EL 50% DE LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA QUE LE SEA ORDENADA POR EL MÉDICO TRATANTE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SIN SOBREPASAR POR EVENTO O AÑO, LOS QUINCE (15) DÍAS MENCIONADOS EN LOS PÁRRAFOS ANTERIORES. LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN HABITACIÓN, EN UCI Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA SE ACUMULAN Y NO PODRÁN SOBREPASAR EL LÍMITE MÁXIMO DESCRITO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA. PARA SU RECONOCIMIENTO SE REQUIERE QUE EL PRESENTE AMPARO HAYA SIDO CONTRATADO Y APAREZCA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
1. PARA CONTRATISTAS QUE ATIENDEN LA POBLACION INFANTIL Y MADRES (GESTANTES O LACTANTES) DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, SE OTORGA COMO CONDICIÓN PARTICULAR EL REEMPLAZO DE ASEGURADOS DURANTE LA VIGENCIA SUJETO A QUE CADA EXCLUSIÓN DEBE SER REPORTADA SIMULTANEAMENTE CON LA RESPECTIVA INCLUSIÓN. EN NINGUN CASO SE GENERARA DEVOLUCION DE PRIMAS.

2. SI EL ASEGURADO PRESENTA SINIESTROS, ATENCIONES MEDICAS Y/O RECLAMACIONES DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, NO APLICA LA CLAÚSULA DE SUSTITUCION O REEMPLAZO, TENIENDO EN CUENTA QUE PUEDE REQUERIR AUTORIZACIONES, ATENCIONES O INDEMNIZACIONES POSTERIORES EN CUALQUIER COBERTURA DE LA PÓLIZA.

3. CUANDO EL MOTIVO DE RETIRO DEL ASEGURADO SEA POR MUERTE O INVALIDEZ ACCIDENTAL, NO APLICA SUSTITUCIÓN O REEMPLAZO DE ASEGURADOS.

4. CUANDO SE REALICE LA NOVEDAD DE EXCLUSION SE DEBE INFORMAR EL MOTIVO LA MISMA.

5. PARA REALIZAR LAS NOVEDADES DE REEMPLAZO LA PRIMA DE LA PÓLIZA DEBE ESTAR AL DÍA EN LOS PAGOS.

6. REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL: EXTENSIÓN DE COBERTURA DE GASTOS DEL AMPARO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ. SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO ES VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL DE ACUERDO CON SU DEFINICIÓN LEGAL Y PRESENTANDO LAS PRUEBAS DE RECONOCIMIENTO POR PARTE DE MEDICINA LEGAL, POSITIVA RECONOCERÁ MEDIANTE REEMBOLSO O PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS LUGARES DONDE CUENTE CON RED ASISTENCIAL CONTRATADA, HASTA EL VALOR ASEGURADO INFORMADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, POR CONCEPTO DE VALORACIÓN Y SESIONES INDIVIDUALES DE PSICOTERAPIA, CON UN PSICÓLOGO PROFESIONAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN Y PORTADOR DE LA TARJETA PROFESIONAL EXPEDIDA POR EL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS.