POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

Nro. 65-68-1000003748

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
MEDELLIN	DIA MES AÑO: 24 11 2025	DIA MES AÑO: 18 11 2025	DIA MES AÑO: 31 12 2025	NEGOCIO NUEVO

DATOS TOMADOR

NOMBRE ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL SAN MARTIN **DOCUMENTO:** NIT 892301844-8

DIRECCION CR 19 NRO. 27 - 40 BARRIO PRIMERO DE MAYO **CIUDAD** VALLEDUPAR, CESAR **TELEFONO** 3202613120

ASEGURADOS: ALUMNOS DEL HOGAR INFANTIL SAN MARTIN

BENEFICIARIOS : DE LEY

INTERMEDIARIOS

INTERMEDIARIO	PARTICIPACION
61285 HERRERA SILVA ESMERALDA ELENA	100 %

DISTRIBUCION DEL COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEG.	PRIMA

INFORMACION DEL RIESGO

CATEGORIA : 1 - CTO 05018432025

AMPAROS	SUMA ASEGURADA $	PRIMA $	ASEGURADOS
MUERTE ACCIDENTAL	13,000,000.00	288,333.00	181
AUXILIO FUNERARIO EN CASO DEL FALLECIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO	5,000,000.00	0.00	181
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	5,000,000.00	0.00	181
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	5,000,000.00	0.00	181
GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE.	750,000.00	0.00	181
GASTOS DE TRASLADO POR CUALQUIER CAUSA	750,000.00	0.00	181
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	10,000,000.00	0.00	181
GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDADES TROPICALES	1,000,000.00	0.00	181
GASTOS MÉDICOS POR REEMBOLSO POR ENFERMEDADES AMPARADAS	10,000,000.00	0.00	181
INHABILITACIÓN, INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTALY PERMANENTE POR ACCIDENTE	13,000,000.00	0.00	181
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	13,000,000.00	0.00	181
REEMBOLSO POR REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL	1,300,000.00	0.00	181
REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ A CAUSA DE ACCIDENTE	18,000,000.00	0.00	181
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE	50,000.00	0.00	181
RIESGOS BIOLÓGICOS	1,000,000.00	0.00	181

PRIMA	ANUAL	$288,333.00	IVA	$0.00	TOTAL A PAGAR:	$288,333.00

OBSERVACIONES

...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

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 MEDELLIN A LOS 24 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2025

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

(415)7709998021150(8020)2101260113964(3900)000000288333(96)20261118

REFERENCIA PAGO:

2101260113964-1

65-68-1000003748

FIRMA VIDESTADO

Maria Villazon

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

65-68-1000003748

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
MEDELLIN	NIT 892301844-8	ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL SAN MARTIN	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

SE OTORGA COBERTURA PARA 181 CUPOS PARA ASEGURADOS REPORTADOS POR EL TOMADOR EN EL MARCO DEL CONTRATO C5018432015, LA PRESENTE POLIZA CONTEMPLA INGRESOS Y RETIROS POR REEMPLAZO SIN CARGO ADICIONAL DE PRIMA.

PARA INGRESOS QUE SUPEREN LOS CUPOS TOTALES SE COBRARA LA PRIMA INDIVIDUAL POR ASEGURADO DE $1.593

TOTAL ANUAL A PAGAR:	**$288,333.00**

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 MEDELLIN A LOS 24 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2025

65-68-1000003748

FIRMA VIDESTADO

Maria Villazon

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

PLAN ICBF INTEGRAL

SUCURSAL	CERTIFICADO DE	POLIZA No.	ANEXO No.
MEDELLIN	NEGOCIO NUEVO	1000003748	0

TOMADOR ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL SAN MARTIN NIT 892301844-8

DIRECCION CR 19 NRO. 27 - 40 BARRIO PRIMERO DE MAYO CIUDAD VALLEDUPAR, CESAR TELEFONO 3202613120

ASEGURADOS: ALUMNOS DEL HOGAR INFANTIL SAN MARTIN

BENEFICIARIOS: DE LEY

CLAUSULAS DE LA POLIZA

Clausulado

CLAUSULADO FORMA 14/05/2021 1419 P 31 00000E-VAPE-004A DR0I
NOTA TECNICA FORMA 14/05/2021 1419 NT-P 31 AP_ACC_ESTUDIA_2

ASEGURADO

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

Nro. 65-68-1000003748

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
MEDELLIN	DIA 24 MES 11 AÑO 2025	DIA 18 MES 11 AÑO 2025	DIA 31 MES 12 AÑO 2025	NEGOCIO NUEVO

DATOS TOMADOR

NOMBRE ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA DEL HOGAR INFANTIL SAN MARTIN **DOCUMENTO:** NIT 892301844-8

DIRECCION CR 19 NRO. 27 - 40 BARRIO PRIMERO DE MAYO **CIUDAD** VALLEDUPAR, CESAR **TELEFONO** 3202613120

ASEGURADOS: ALUMNOS DEL HOGAR INFANTIL SAN MARTIN

BENEFICIARIOS : DE LEY

INTERMEDIARIOS		DISTRIBUCION DEL COASEGURO			
INTERMEDIARIO	PARTICIPACION	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEG.	PRIMA
61285 HERRERA SILVA ESMERALDA ELENA	100 %				

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:
Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB · pse · VISA · CORRESPONSALES BANCARIOS · Super INTER · éxito · MOVIRED · SURTIMAX · Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia — Seguros de Vida del Estado Cuenta Convenio 47190

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

PRIMA	ANUAL	$288,333.00	IVA	$0.00	TOTAL A PAGAR:	$288,333.00

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 MEDELLIN A LOS 24 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2025

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021150(8020)2101260113964(3900)000000288333(96)20261118

REFERENCIA PAGO:
2101260113964-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE