

Firma Responsable _____ Entregado Por _____

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

4603467558

PÓLIZA No: 460 - 2 - 994000003031 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **CUCUTA QUINTA VELEZ**

COD. AGENCIA: 460 RAMO: 2

DIA MES AÑO
6 2 2026

DIA MES AÑO HORAS
9 2 2026 23:59

DIA MES AÑO HORAS
31 7 2026 23:59 172

DIA MES AÑO
6 2 2026

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO**

TIPO DE IMPRESIÓN: **IMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **CONSEJO COMUNITARIO GENERAL LOS DELFINES**

IDENTIFICACIÓN: NIT **818001449-5**

DIRECCIÓN: **LUGAR BAHIA SOLANO**

CIUDAD: **BAHÍA SOLANO (MUTIS), CHOCÓ**

TÉLEFONO: **3122482827**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **USUARIOS DE LA ENTIDAD TOMADORA SEGUN RELACION**

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TÉLEFONO:

BENEFICIARIO: **LOS DE LEY**

IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **ASEGURADOS**

AMPAROS

SUMA ASEGURAD

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	4000000.00
MUERTE ACCIDENTAL	5000000.00
DESMEMBRACION	4000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1500000.00
RENTA DIARIA POR HOSP.	660000.00
RIESGO BIOLOGICO	3000000.00
GASTOS DE TRASLADO	600000.00
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	4000000.00
REHABILITACION INTEGRAL	4000000.00
ENFERMEDADES AMPARADAS	5000000.00
EXT. COBERTURA INVALIDEZ	875453.00
RIESGO QUIMICO	1000000.00
ENFERMEDADES TROPICALES	1000000.00
GOS ATENC MEDICA QUIR Y HOSPI	5000000.00
AUX FUNERARIO MUERTE ACCID	1500000.00
AUX FUN FALLEC RECIENTE NACIDO	750000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$*****25,600,000.00	VALOR PRIMA: \$*****2,810,200.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: \$*****0.00	TOTAL A PAGAR: \$*****2,810,200.00
--	-------------------------------------	--------------------	---------------------	---------------------------------------

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
MOROS SANCHEZ AMPARO	3283	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.

ESTE SEGURO ES DE RENOVACION ANUAL AUTOMATICA PREVIO PAGO DE LA PRIMA Y HASTA EL DIA 6 DEL MES 2 DE 2027 A LAS 23:59 HORAS, MANTENIENDO LAS CONDICIONES TÉCNICAS COMERCIALES

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000460346755

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

KCARRASCAL 0

CADE207B0B09FB7B5A

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 - 09 oficina 502 Bogotá - Teléfonos: (601) 213 13 70 - 213 13 22 - Celular: 321 924 04 79 - 323 232 29 34 - Correo electrónico: contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 1:00 p.m. a 5:00 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/2025/DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-2025F.pdf>

Poliza escolar - COI - Delfines - Uruguay