MUNICIPIO DE QUIBDO.

- OFERTA PRESENTADA PARA EL SEGURO ACCIDENTES ESCOLARES PARA ALUMNOS DEL MUNICIPIO DE QUIBDO

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____

OBJETO DEL SEGURO

- OFERTA PRESENTADA PARA EL SEGURO ACCIDENTES ESCOLARES PARA ALUMNOS DEL MUNICIPIO DE QUIBDO

INFORMACION GENERAL

TOMADOR:	**MUNICIPIO DE QUIBDO.**
ASEGURADO:	**ALUMNOS DEL MUNICIPIO DE QUIBDO**
BENEFICIARIO:	**ALUMNOS DEL MUNICIPIO DE QUIBDO Y/O LOS DE LEY**

CONDICIONES OBLIGATORIAS	**TIPO DE COBERTURA:** Poliza de seguro la cual se extiende a cubrir los riesgos que se presenten durante el tiempo de cobertura que hayan tenido como causa real, necesaria, directa y exclusiva, las heridas o lesiones corporales ocasionadas por la acción fortuita, repentina y violenta de una fuerza o agente externo ajeno a la voluntad o intención del Asegurado.

3. VALORES ASEGURADOS

COBERTURA	OFERTA BASICA POR ASEGURADO
MUERTE ACCIDENTAL	***$7.000.000***
MUERTE POR CAUSAS NATURALES	***$7.000.000***
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	***$7.000.000***
DESMEMBRACION O INVALIDEZ	***$7.000.000***
REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ	***$14.000.000***
GASTOS POR ATENCION MEDICA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA	***$4.000.000***
RIESGO BIOLOGICO	***$2.000.000***
GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE	***$ 500.000***
ENFERMEDADES AMPARADAS	***$2.000.000***
AUXILIO FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL	***$3.000.000***
AUXILIO FUNERARIOS POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	***$3.000.000***
BENEFICIOS ADICIONALES	
ENFERMEDADES TROPICALES	***$2.000.000***
PRIMA ANUAL INDIVIDUAL $8.500	
PRIMA ANUAL POR 33.249 ALUMNOS	

AMPAROS OBLIGATORIOS

NOMBRE COBERTURA	DEFINICION COBERTURAS	SE PERMITE SUBLIMITAR (EL VALOR DEL SUBLÍMITE CORRESPONDE AL REQUERIDO POR LA ENTIDAD, POR LO CUAL PODRÁ SER AUMENTADO PERO NO DISMINUIDO SO PENA DE RECHAZO DE LA PROPUESTA)	DESCRIPCIÓN DEL SUBLIMITE OFRECIDO (EL VALOR DEL SUBLÍMITE CORRESPONDE AL REQUERIDO POR LA ENTIDAD POR LO CUAL PODRÁ SER AUMENTADO PERO NO DISMINUIDO SO PENA DE RECHAZO DE LA PROPUESTA).
MUERTE ACCIDENTAL	Brindamos cobertura al riesgo de muerte accidental, que sufra el asegurado a consecuencia de un accidente amparado por la póliza y que se genere hasta 365 días después de la ocurrencia del mismo. Para los alumnos de Jardines Infantiles, Colegios (Primaria y Secundaria), de jornada diurna, se considera accidente el fallecimiento por suicidio. NOTA: La muerte presunta por desaparecimiento a consecuencia de un accidente se pagará previa presentación de la sentencia debidamente ejecutoriada mediante la cual el juez haya declarado la muerte presunta del asegurado.	N/A	N/A
MUERTE POR CAUSAS NATURALES	Se ampara la muerte del asegurado que sobrevenga durante la vigencia de la póliza, que sea consecuencia de causas naturales, siempre que no concurra con alguna de las causales de exclusión. Esta cobertura es excluyente del amparo de Muerte Accidental.	N/A	N/A
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	Para todos los efectos del presente amparo adicional se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado menor de (66) años de edad, que haya sido producida por un accidente, que se estructure y diagnostique medicamente estando asegurado bajo el presente amparo y por causa no excluida, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que, de por vida impidan al asegurado ejercer su ocupación habitual o cualquier otra actividad que esté de acuerdo con sus conocimientos, formación o experiencia. Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente a consecuencia de un accidente, se considera como tal: •La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos no preexistente. • La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella la amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de l articulación tibiotarsiana o por encima de ella. • La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones tibiotarsiana por encima de ella, siempre y cuando la pérdida de la mano y del pi ocurran dentro de la vigencia de la póliza. La incapacidad total y permanente que sufra el asegurado a consecuencia de un accidente que haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, deberá ser certificada por los entes autorizados en el sistema general de seguridad social integral vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, de acuerdo con lo estipulado por la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, donde la incapacidad debe ser igual o superior al 50% de la pérdida de capacidad laboral. Sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez aplicables a los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993, o leyes complementarias o que la sustituyan. Se entiende como fecha del siniestro la fecha de estructuración que se haya declarado en el dictamen de calificación ejecutoriado, dentro de la vigencia de la póliza.La indemnización por este amparo produce la terminación del contrato del seguro y de los amparos adicionales opcionales contratados, quedando la aseguradora, libre de toda responsabilidad.	N/A	N/A
DESMEMBRACION O INVALIDEZ	En caso de que el asegurado, como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por la presente póliza y dentro de los (365) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sufra alguna de las pérdidas enumeradas a continuación, la aseguradora, indemnizará al propio asegurado, hasta la concurrencia de la suma asegurada descrita en el cuadro de amparos estipulados en la carátula de la póliza, de acuerdo con la siguiente tabla porcentual: CLASE DE PÉRDIDAPORCENTAJE A INDEMNIZAR Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta100% Parálisis o invalidez total y permanente100% Ceguera completa en ambos ojos100% La pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos100% Sordera total bilateral100% Pérdida del habla100% Pérdida del brazo o de la mano derecha60% Pérdida completa de la visión de un ojo60% Sordera total unilateral50% Pérdida del brazo o de la mano izquierda50% Pérdida de una pierna por encima de la rodilla50% Pérdida de un pie40% Pérdida completa del uso de la cadera30% Fractura no consolidada de una pierna30% Pérdida del dedo pulgar derecho25% Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o el pulgar y otro dedo que no sea el índice25% Pérdida completa del uso del hombro derecho25% Pérdida del dedo pulgar izquierdo20% Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho20% Pérdida completa del uso de alguna rodilla20% Fractura no consolidada de una rodilla20% Pérdida del dedo índice derecho15% Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo15% Pérdida completa del uso del tobillo15% Pérdida del dedo índice izquierdo12% Pérdida del dedo anular derecho10% Pérdida del dedo medio derecho10% Pérdida del dedo anular izquierdo8% Pérdida del dedo medio izquierdo8% Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies8% Pérdida del dedo meñique derecho7% Pérdida del dedo meñique izquierdo5% Para efectos de la tabla anterior se entiende por pérdida total e irreparable, la pérdida física o la inhabilidad funcional total y definitiva (funcional o anatómica), del órgano o miembro lesionado en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales. Las pérdidas no enumeradas en la tabla anterior, aunque sean de menor importancia, serán indemnizadas en relación con su gravedad, comparándolas con las aquí enumeradas. Cuando a consecuencia de un mismo accidente, se afecten varias desmembraciones o inutilización, estas no se acumularán entre sí, sino que la indemnización se determinará por la mayor de dichas desmembraciones o inutilizaciones, sin que la suma total exceda el valor asegurado otorgado en el amparo. En caso de constar en la solicitud que el asegurado es zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.	N/A	N/A
REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ	Si durante la vigencia de la póliza el asegurado, como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, quedaré en estado de invalidez, con una pérdida de su capacidad laboral mayor o igual al 66% (decreto 1507 de 2014 del ministerio de trabajo), sin perjuicio de que se pacte un porcentaje diferente en las condiciones particulares de la póliza, y que, de por vida le impidan ejercer su ocupación habitual o cualquier otra actividad que esté de acuerdo con sus conocimientos, formación o experiencia, Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, reconocerá por reembolso, y hasta por el equivalente a veinticuatro (24) salarios mínimos mensuales legales vigentes, en adición al valor pactado en el amparo adicional de gastos médicos, siempre y cuando tales gastos se causen en un período no mayor a los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del evento. El porcentaje que se tendrá en cuenta, es aquel certificado por los entes autorizados en el sistema general de seguridad social integral vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación; por el fondo de pensiones, administradora de riesgos laborales, o, la junta regional o nacional de calificación de invalidez, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez aplicables a los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993, o leyes complementarias o que la sustituyan. El limitante de la cobertura esta direccionado única y exclusivamente a las siguientes asistencias, tendientes a la rehabilitación del asegurado: •Consulta médica especializada. •Valoración nutricional. •Valoración por psicología: apoyo familiar, manejo por terapia física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria. •Exámenes de diagnóstico neuro electrofisiológicos invasivos y no invasivos. •Atención grupal de apoyo. •Orientación familiar. •Servicio de orientación laboral. •Curación de heridas físicas. •Suministro de insumos para curaciones de heridas físicas y para terapias respiratorias. •Extensión de cobertura al amparo de rehabilitación integral por invalidez por causa de abuso sexual Nota: Esta cobertura opera por reembolso.	N/A	N/A

GASTOS POR ATENCION MEDICA QUIRURGICA Y HOSPITALARIA	Si, a consecuencia directa de un accidente amparado y durante la vigencia de la póliza el asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a recibir atención médica, someterse a intervención quirúrgica, hospitalizarse o recibir cualquier clase de asistencia médica necesaria para el restablecimiento de su salud, Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, indemnizará el valor de dichas asistencias hasta el monto señalado en la carátula de la póliza, con sujeción a las siguientes condiciones: Este amparo se extiende a brindar cobertura por lesiones causadas como consecuencia directa de: •Accidentes de tránsito (en exceso del SOAT). •Intoxicación accidental por alimentos. •Cobertura por accidente en bicicleta. •Práctica de cualquier deporte en calidad de aficionado, es decir, que no depende económicamente del deporte. •Picadura o mordedura de animales •Insolación o congelación involuntaria. •Afectación por hurto. •Accidentes odontológicos. Procedimiento de autorización: • La aseguradora otorgará código de autorización médica, previa verificación de asegurabilidad y pertinencia; es decir, siempre y cuando, el asegurado se encuentre en los listados que remite l institución educativa o presente en la institución médica el documento establecido con el tomador (protocolo) y el accidente no se encuentre dentro de las exclusiones de la cobertura afectada. • Si el asegurado es llevado a una institución que no tiene convenio, la aseguradora podrá autorizar la atención medica siempre y cuando sea a tarifa SOAT, lo cual es potestativo y a voluntad d la entidad el cobro, una vez, se informe de ello. • En caso de que; el asegurado haya tenido atención médica inicial por la EPS u otra entidad médica; para obtener el código de autorización y continuar el procedimiento, la institución médic debe tener convenio vigente con Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa y deben aportar la historia clínica completa desde el momento de la atención inicial, para verificar asegurabilidad y pertinencia. Dependerá entonces, que la institución en convenio, acepte el ingreso del asegurado, o cambio de pagador, previa llamada de solicitud para código de	N/A	N/A
RIESGO BIOLOGICO	Si durante la vigencia de la póliza el asegurado como consecuencia de un accidente amparado derivado de la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad educativa; durante actividades de entrenamiento o durante practica laboral, donde su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, de la piel o de las mucosas, la compañía reconocerá hasta el 100% de la suma contratada. Nota: Se puede otorgar hasta el 100% del valor de la cobertura de gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios a estudiantes de las siguientes facultades: •Medicina •Odontología •Enfermería •Bacteriología •Zootecnia •Auxiliar de odontología •Auxiliar de laboratorio patológico •Auxiliares de cocina •Veterinaria •Auxiliar de enfermería •Auxiliar de laboratorio clínico	N/A	N/A
GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE	Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, se hace necesario el traslado del alumno asegurado del lugar donde haya ocurrido el accidente, hasta la institución prestadora de salud (IPS), la compañía reconocerá por reembolso el valor de dicho traslado hasta por la suma contratada. Se cubren los gastos de traslado dentro de las cuarenta y ocho horas (48), siguientes al accidente. En caso de que el traslado sea realizado por cuenta del asegurado o familiar, la compañía reembolsará a quien acredite haber realizado el desembolso y hasta la suma asegurada de los gastos generados por este evento, previa presentación de las facturas debidamente canceladas. No obstante, se excluyen los traslados para controles médicos, terapias, exámenes y otros servicios, así como también los gastos de traslado por enfermedades amparadas bajo esta póliza. Nota: La aseguradora, dado el caso y dependiendo del accidente del asegurado ayudará a coordinar el servicio de ambulancia, la cual estará limitada a la disponibilidad y a la existencia del servicio en la ciudad o región. La autorización y/o coordinación del servicio de ambulancia, dependerá de la ocurrencia de una urgencia vital, definida como, una condición clínica que implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente en caso de no recibir atención médica inmediata. Se aclara que, una urgencia vital no es lo mismo que una situación de asistencia médica de urgencia. Las situaciones de urgencia, dan un compás de espera y habitualmente permiten que el paciente que requiera traslado, lo haga en medios diferentes a las ambulancias básicas o medicalizadas. La aseguradora, a través de sus canales de autorización de servicios médicos, tendrá la posibilidad de orientar el interrogatorio para definir la necesidad de autorización y/ o coordinación del traslado, basándose en los conceptos normativos de los triages institucionales, adaptándolo a las circunstancias, intentando cumplir los siguientes objetivos: •Asegurar una valoración rápida y ordenada. •Seleccionar y clasificar los pacientes que son susceptibles de ser trasladados en ambulancia básica o medicalizada. •Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes. •Tener una información completa para apoyar la consecución, en caso necesario, de la ambulancia para el traslado del paciente.	N/A	N/A
ENFERMEDADES AMPARADAS	diagnosticada una de las siguientes enfermedades por primera vez y dentro de la vigencia de la póliza: •*Cáncer:* se entiende por cáncer la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido. Esto incluye linfomas y la enfermedad de hodkin (linfogranulada). En cambio. Se aclara que no incluye, cáncer in situ no invasivo, y ningún tumor de piel, salvo que, se trate de melanomas malignos. •Poliomielitis: enfermedad infectocontagiosa aguda, causada por un polio virus que inflama y daña las células del sistema nervioso, encargadas del control muscular. La lesión de la medula espinal, se caracteriza clínicamente por atrofia y parálisis irreversible de los músculos afectados, generando contracción y deformidad permanente. •Leucemia: se entiende como enfermedad tumoral aguda o crónica caracterizada por la reproducción incontrolada de células sanguíneas inmaduras (blastos) en la medula ósea y que proliferan y acumulan en la sangre, ganglios linfáticos del bazo. •Tétanos: se entiende por tétanos la infección aguda producida por una bacteria (clostridium tetani) que genera una toxina que irrita el sistema nervioso. •Escarlatina: enfermedad infectocontagiosa aguda, producida por bacterias estreptocócicas que colonizan la garganta. Se caracteriza típicamente por fiebre alta, escalofríos, dolor de garganta, vómitos, malestar general y erupción puntiforme de la piel en forma de salpullido, que aparece inicialmente en el cuello y en el tórax y luego se generaliza por todo el cuerpo. •VIH: se entiende como la enfermedad infecciosa producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VH), que prolifera en forma continúa causando destrucción de los linfocitos de defensa (CD4). Esta supresión de la inmunidad favorece la aparición de infecciones y neoplasias características de sida. La enfermedad amparada por esta póliza corresponde a la fase final. (Sida). •Afección renal crónica: etapa final de enfermedad renal, que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, por lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o que, requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por médico especialista. (nefrólogo). •Infarto agudo del miocardio: muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida. El Diagnóstico debe ser confirmado por especialista (cardiólogo/internista/familiarista/intensivista) y evidenciado por los siguientes criterios: historia de dolor torácico típico; cambios característicos de infarto, que se demuestren en electrocardiograma; elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos. •Accidente cerebrovascular: cualquier suceso cerebro-vascular que produzca secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista (internista/familiarista/intensivista) y evidenciado por síntomas clínicos típicos, hallazgos coherentes en el tac (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (resonancia nuclear magnética) de cerebro. Éstas tendrán el carácter de accidente y se indemnizarán en la misma forma y cuantía del amparo de gastos médicos, siempre y cuando la atención y/o el fallecimiento ocurran dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del mismo. Las indemnizaciones pagadas por concepto de este amparo reducen el valor asegurado en la cobertura de muerte.	N/A	N/A
AUXILIO FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL	Si durante la vigencia del seguro y como consecuencia directa de un accidente el asegurado llegare a fallecer dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de su ocurrencia, la compañía indemnizará la suma contratada. Esta cobertura es excluyente del amparo auxilio funerario por muerte por causas naturales.	N/A	N/A
AUXILIO FUNERARIOS POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	Si durante la vigencia del seguro el asegurado llegare a fallecer por causa diferente a suicidio, muerte accidental o muerte a consecuencia de enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la fecha de ingreso a la póliza, la compañía indemnizará la suma contratada. Esta cobertura es excluyente del amparo auxilio funerario por muerte accidental	N/A	N/A
ENFERMEDADES TROPICALES	Bajo este amparo se indemnizará, hasta la suma contratada, los gastos médicos que se causen cuando alguno de los asegurados se vea precisado a recibir tratamiento médico derivado de cualquiera de las siguientes enfermedades tropicales: malaria, fiebre amarilla, leishmaniasis, cólera. Nota: la cobertura para este amparo será el equivalente a la suma contratada en la carátula de la póliza.	N/A	N/A

CLAUSULAS OBLIGATORIAS

NOMBRE DE LA CLAUSULA	DESCRIPCION DE LA CLAUSULA
CLAUSULA ESPECIAL DE COVID19	Se deja claridad en la póliza, no obstante, con lo estipulado en las exclusiones acerca de infecciones, epidemias y pandemias de las condiciones generales que se da cobertura por coronavirus tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo severo (sars-cov-2) COVID19, únicamente para el amparo básico de muerte y auxilio funerario. Siempre y cuando se demuestre que el asegurado, contaba con esquema completo de vacunación, tal como se encuentre establecido, según normativa dictada por el ministerio de salud de la república de Colombia, para el momento de su deceso.
EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA	<table><tr><th>AMPARO</th><th>EDAD MINIMA DE INGRESO</th><th>EDAD MAXIMA DE INGRESO</th><th>EDAD DE PERMANENCIA</th></tr><tr><td>INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ENFERMEDADES AMPARADAS</td><td>0 MESES</td><td>65 AÑOS + 364 DÍAS</td><td>66 AÑOS + 364 DÍAS</td></tr><tr><td>TODOS DEMAS AMPAROS</td><td>0 MESES</td><td>74 AÑOS + 364 DÍAS</td><td>75 AÑOS + 364 DÍAS</td></tr></table>
LIMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD:	Se establece el 10% del valor total asegurado (cantidad de asegurados X valor asegurado individual en el amparo básico) máximo dos mil millones de pesos (2.000.000.000) el que sea menor de los dos, como límite agregado de responsabilidad de la Compañía por evento de siniestro, es decir que si como consecuencia de un evento de siniestro resultan afectadas varias personas; este límite constituye el máximo valor que la Compañía indemnizara.
AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO	Por medio de la presente cláusula y no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, el asegurado podrá dar aviso de la ocurrencia del siniestro en un término de **60 días**, siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del mismo. **(Nota: el número de días corresponde al requerido por la Entidad por lo cual podrá ser aumentado pero no disminuido so pena de rechazo de la propuesta)**
CLAUSULA DE REVISIÓN SEMESTRAL DE SINIESTRALIDAD	Se realizará la revisión semestral de la siniestralidad de la póliza (siniestros incurridos (divido) / primas devengadas), y en el evento que el índice de siniestralidad supere el 50% (índice máximo establecido) se realizará un ajuste a la tasa mensual igual que a las condiciones particulares pactadas.
REPORTE DE NOVEDADES	Previa expedición de la póliza el Tomador deberá suministrar el listado detallado de asegurados en archivo Excel, indicando por celda en el orden indicado, los siguientes datos: PRIMER APELLIDO - SEGUNDO APELLIDO - NOMBRES - FECHA DE NACIMIENTO - SEXO - NUMERO Y TIPO DE DOCUMENTO
GARANTÍAS EXIGIDAS AL TOMADOR Y/O ASEGURADO	•Captura de la información individual y correcta de cada asegurado •Suministro oportuno de listado actualizado de asegurados. •Realizar oportunamente los reportes de ingresos y retiros en los términos de este documento. •Reporte en la estructura que se establezca •Cumplir con tiempos acordados en los ANS •Garantizar el recaudo efectivo de las primas emitidas y renovaciones durante la vigencia de la póliza •Notificar cualquier agravación de riesgo conocida En cualquier caso, la única responsabilidad de la compañía por ingresos que contravengan esta cláusula será la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.
REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O NO RENOVACION Y/O NO PRORROGA.	El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con 9**0 días** de anticipación, y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. De igual manera, la compañía se obliga a avisar su decisión de no renovar o prorrogar éste contrato de seguros con 9**0 días** de anticipación, mediante comunicación escrita dirigida al asegurado. **(Nota: el número de días corresponde al requerido por la Entidad por lo cual podrá ser aumentado pero no disminuido so pena de rechazo de la propuesta)**
INCLUSIONES O EXCLUSIONES.	Queda entendido, convenido y aceptado que la compañía realizara, inclusión o exclusión por cambio de asegurados por suplencias o cambios en miembros la entidad. Los asegurados incluidos tendrán cobertura a partir de la fecha del nombramiento hasta la fecha de terminación de la suplencia, o hasta finalizar la vigencia de la poliza si es un cambio o inclusión adicional.

KAREN JHOHANA CHAPARRO PEÑA
Secretaria General

Elaboro: Felipe Mosquera Abadía - Representante legal Asesor de seguros del Municipio de Quibdó
Revsó: Karen Jhohana Chaparro Peña - Secretaria General
Aprobó: Karen Jhohana Chaparro Peña - Secretaria General