AURORA
SEGUROS DE VIDA

¡SEGURO DISFRUTAS MÁS!



COTIZACIÓN ACCIDENTES PERSONALES

INFORMACIÓN GENERAL

TOMADOR: INDEPORTES

NIT.:

GRUPO ASEGURABLE: ADULTOS MAYORES – ACTIVIDADES EN PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR

NUMERO DE ASEGURADOS: 2000

BENEFICIARIOS: LOS DE LEY

TIPO DE PÓLIZA: PATRONAL

INTERMEDIARIO: JAV SEGUROS

FECHA DE LA COTIZACIÓN: 22 MAYO 2026

COBERTURAS Y VALORES ASEGURADOS

AMPAROS	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3	OPCIÓN 4	OPCIÓN 5
Muerte Accidental	$3.000.000	$5.000.000	$6.000.000	$6.000.000	$7.000.000
Invalidez accidental y/o desmembración	$3.000.000	$5.000.000	$6.000.000	$6.000.000	$7.000.000
Auxilio Funerario	$1.000.000	$ 3.000.000	$4.000.000	$4.000.000	$ 5.000.000
Gastos médicos por accidentes	$1.000.000	$300.000	$400.000	$600.000	$1.000.000
Gastos de traslado por accidentes	$500.000	$100.000	$200.000	$200.000	$200.000
PRIMA ANUAL POR ASEGURADO	**$10.000**	**$12.000**	**$18.000**	**$18.500**	**$21.500**

NOTA: La cobertura se otorga solo cuando el estudiante se encuentre en las instalaciones del Tomador o en Representación de este (INDERPORTES), donde organice actividades de bienestar para el grupo asegurado citado.

AMPAROS GENERALES

MUERTE ACCIDENTAL

En caso de muerte de una persona asegurada, como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por esta póliza, **AURORA SEGUROS DE VIDA** pagará al beneficiario o beneficiarios, la suma asegurada contratada en este amparo, expresada en la carátula del anexo individual, siempre que la muerte se haya producido con ocasión del accidente y dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a la ocurrencia de este.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Para los efectos de esta póliza se entenderá por accidente el suceso imprevisto, repentino, violento de origen externo que, en forma directa y exclusiva, produzca la muerte, lesiones corporales o alteraciones funcionales permanentes o pasajeras medicamente comprobadas que no hayan sido provocadas deliberadamente por el asegurado y que no constituya uno de los hechos previstos como exclusión.

INVALIDEZ Y/O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Cuando dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el asegurado padeciere como consecuencia de dicho evento alguna de las pérdidas o inutilizaciones descritas en este numeral, **AURORA SEGUROS DE VIDA** pagará de la suma asegurada contratada para este amparo a la fecha del accidente, los porcentajes indicados en la tabla contenida en este numeral, siempre y cuando el asegurado sobreviva después de la fecha del accidente al menos durante treinta (30) días hábiles.

Cualquier otra pérdida no descrita en esta tabla, será pagada aplicando el porcentaje de pérdida que se determine con el manual único de calificación de invalidez en lo que corresponde a deficiencias.

TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

#	Clase de Pérdida	% de la suma a pagar
1	ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA	100%
2	PARALISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	
3	CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	
4	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	
5	SORDERA TOTAL BILATERAL	
6	PÉRDIDA DEL HABLA	
7	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN (1) OJO	50%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	
10	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA	
11	PÉRDIDA DE UNA (1) PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	
12	PÉRDIDA DE UN (1) PIE	40%
13	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA	30%
14	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA	
15	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
16	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO DERECHA O PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO	
18	COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA	
19	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%

20	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	
22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	
23	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	
24	PÉRDIDA DEL DEDO INDICE DERECHO	15%
25	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	
26	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	
27	PÉRDIDA DEL DEDO INDICE IZQUIERDO	12%
28	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO	10%
29	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO	
30	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO	8%
31	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO	
32	PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES	
33	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO	7%
34	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO	5%
35	PÉRDIDA DE UNA FALANGE DE CUALQUIER DEDO	

Lo anterior, de acuerdo con el Manual único de calificación de invalidez - Decreto 1507 de 2014 o la norma vigente para el momento de la ocurrencia del evento.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES

Si como consecuencia de un accidente amparado y ocurrido dentro de la vigencia de la póliza el asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes a la fecha del mismo, se viera precisado a recibir atención médica, someterse a intervención quirúrgica, odontológica, de fisioterapia, requiera hospitalizarse, realizar traslados interinstitucionales entre prestadores de servicio de salud o recibir cualquier clase de asistencia médica necesaria para el restablecimiento de su salud, **AURORA SEGUROS DE VIDA,** reembolsará el valor de dichas asistencias hasta el monto señalado para este amparo e indicado en la carátula de la póliza.

De igual forma quedan cubiertos los gastos en que incurra el asegurado por concepto de copagos a EPS o cuotas moderadoras de planes complementarios de salud, en los que incurra a causa de un accidente no excluido, hasta por el límite asegurado, en todo caso lo valores no podrán superar el valor contratado.

Esta cobertura opera con sujeción a las siguientes condiciones:

- Que el accidente hubiere ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.
- El médico o cirujano que lo atienda debe estar legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- Los gastos de hospitalización serán los que se ocasionen dentro de una clínica u hospital, debidamente autorizados para prestar tales servicios
- Los medicamentos recetados por el médico tratante vinculado a la IPS que prestó la atención al asegurado, deben ser de aplicación absoluta, exclusiva y necesaria para la curación de las lesiones sufridas en el accidente.
- La presentación de las facturas que cumplan con los requisitos de la DIAN, y/o cuentas de cobro originales debidamente canceladas, deben ser presentadas como soporte de los valores a indemnizar.

Los valores asegurados para este amparo se restablecerán automáticamente en la cuantía de la suma asegurada con el fin de atender otros reclamos por nuevos accidentes dentro de la misma vigencia sin cobro de prima adicional.

GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE

AURORA SEGUROS DE VIDA reconocerá al asegurado, hasta el límite de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares, los gastos de transporte cuando sea necesario trasladar al asegurado del sitio del accidente a algún centro asistencial para tratamiento médico inicial, por accidente amparado en la póliza.

Dichos gastos de transporte deberán ser demostrados mediante facturas originales debidamente canceladas, las cuales deben cumplir con las exigencias mínimas establecidas por la DIAN. En caso de que el traslado se realice en transporte público**, AURORA SEGUROS DE VIDA** confirmará que el valor reclamado se ajuste a las tarifas fijadas por la autoridad competente de la ciudad en la cual se produjo el traslado.

El presente amparo excluye los traslados para controles médicos, terapias, exámenes y otros servicios, así como también los gastos de traslado por enfermedades amparadas bajo esta póliza.

EXCLUSIONES DE LOS AMPAROS

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general de Póliza de Accidentes Personales, que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza. Consultar AQUÍ

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO BÁSICO	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA	PERMANENCIA
Muerte accidental	14 años	80 años	85 años
Invalidez accidental y/o desmembración	14 años	75 años	78 años
Reembolso de gastos médicos	14 años	65 años	75 años
Gastos de traslado por accidente	14 años	65 años	75 años

RECLAMACIONES POR SINIESTROS

AVISO DE SINIESTRO

El tomador, asegurado y/o los beneficiarios, según el caso, darán aviso a **AURORA SEGUROS DE VIDA** de la ocurrencia del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se hayan conocido o debido conocer los hechos que dan lugar a la reclamación.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Se girará a los beneficiarios designados o en su defecto a los de ley.

PAGO DEL SINIESTRO

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, los beneficiarios podrán allegar los siguientes documentos como prueba de la ocurrencia del siniestro y de su derecho a percibir el pago 30 días calendario después de radicada la totalidad de documentos solicitados.

DOCUMENTOS DE RECLAMACION

Para el proceso deben presentar la siguiente documentación según corresponda:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- Aviso de Siniestro (Formato de reclamación ramos Vida IN SV FO 01)
- Carta formal de reclamación de los beneficiarios (opcional)
- Copia legible del documento de identificación del asegurado.
- Copia legible del documento de identidad del reclamante y/o beneficiarios (cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, registro civil de nacimiento, cédula de extranjería, pasaporte, carnet diplomático, número único de ID personal, permiso especial de permanencia).
- Para reclamante o beneficiario menor de edad, documento de identificación de madre o padre o tutor legal.
- Copia legible del registro civil de nacimiento, para acreditar parentesco.
- Copia legible del registro civil de matrimonio o declaración extra – juicio (en caso de ser cónyuge).
- Copia legible de poder autenticado en Notaría, para los casos donde el reclamante no es el beneficiario.
- Certificación bancaría con nombre del banco, tipo y número de cuenta (por cada uno de los beneficiarios), con fecha de expedición no mayor a 30 días.
- SARLAFT (Persona Natural o Persona Jurídica según corresponda).

FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

Además de los documentos básicos contemplados:

- Copia legible del registro civil de defunción expedido por autoridad competente
- Copia legible del certificado individual de defunción del DANE
- Acta de levantamiento a cadáver y/o necropsia
- Certificación o Informe expedido de la autoridad competente en los que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar y que permita calificar sí es deceso se produjo como consecuencia de suicidio, homicidio o accidente.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP) O DESMEMBRACIÓN

Además de los documentos básicos contemplados se deben adjuntar:

- Certificación médica expedida por el médico autorizado por la Compañía, o dictamen de la Junta Calificadora de invalidez donde se determine, el porcentaje de PCL, lesión o enfermedad que origina la incapacidad total y permanente del asegurado, origen de la ITP y fecha de estructuración.
- Copia legible y completa de la Historia clínica de todos y cada una de Entidades en Salud (IPS) que hayan atendido al Asegurado, en razón a la patología y/o condición médica a calificada.

GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Además de los documentos básicos contemplados, se debe anexar:

- Copia legible de Facturas con requisitos de la DIAN, con especificación de las actividades, procedimientos, medicamentos, materiales e insumos facturados, debidamente canceladas o con el recibo de caja en original que compruebe el pago de cuenta médica, y copagos o cuotas moderadoras y donde figure el nombre de la persona que sufrago el costo.
- Copia legible y completa de la Historia Clínica de la atención médica y/o quirúrgica, exámenes paraclínicos (imágenes diagnósticas y/o de laboratorio, patología, etc.), y/o descripción quirúrgica, registro de anestesia y/o de procedimientos de diagnóstico a los que haya sido objeto el paciente y/o formula medica con el registro exacto en cantidad de medicamentos indicados, como parte de su tratamiento por el accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza y que soporte los valores de la factura(s) o recibo(s) de caja, que se reclama

REEMBOLSO POR GASTOS DE TRASLADO

Este amparo solo será reembolsable, para el traslado de pacientes desde el sitio del accidente a la IPS que atienda en primera instancia, al paciente.

No es aplicable en gastos de traslado para controles, atenciones médicas y de salud, después de la atención inicial así formen parte del tratamiento del paciente, como consecuencia del accidente.

Además de los documentos básicos contemplados, se debe anexar:

- Copia legible de Facturas con requisitos de la DIAN y descripción del traslado al que fue objeto el paciente como consecuencia del accidente o el recibo de caja en original que compruebe el pago del traslado desde el sitio del accidente a la IPS que lo haya atendido en primera instancia; en este documento debe aparecer también, el nombre de la persona que sufrago el costo.
- Copia legible y completa de la Historia Clínica de la atención médica inicial que soporte la fecha de atención del traslado que se reclama.

AURORA SEGUROS DE VIDA se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.

PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El tomador, asegurado y/o los beneficiarios(s) en su caso, quedará(n) privado(s) de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CONDICIONES ADICIONALES

REVOCACIÓN

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1071 del código de comercio, la presente póliza podrá ser revocada por el tomador o el asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito a AURORA SEGUROS DE VIDA. Si el tomador revoca la póliza, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación.

El contrato quedará revocado a la fecha de recibo de la comunicación por AURORA SEGUROS DE VIDA, o en la fecha que especifique el tomador, la que ocurra más tarde y el tomador será responsable de pagar a **AURORA SEGUROS DE VIDA** todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata por el período que principia con el de gracia y termina a la fecha de tal revocación.

AURORA SEGUROS DE VIDA devolverá la totalidad de la prima no devengada descontando los cargos de emisión causados, de acuerdo con las políticas de suscripción establecidas. 60 días para Revocación.

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza terminará por cualquiera de las siguientes causas:

A. Por el no pago de la prima de parte del tomador, vencido el periodo de gracia.
B. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
C. Cuando el asegurado, por escrito, solicita su exclusión de la póliza.
D. Por cumplir el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en cada amparo.
E. Por revocación.
F. Cuando al momento de renovación de la póliza, el grupo asegurado sea inferior a diez (10) asegurados principales.
G. Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurado.

H. Para los familiares cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo.
I. En los eventos de muerte o calificación de incapacidad total y permanente del asegurado principal; el seguro para los familiares asegurados terminara al vencimiento de la vigencia estipulada en la póliza o en sus anexos de renovación.

FACTURACIÓN
El pago de la prima Mensual Vencido

CANALES DE RECAUDO
Pago en línea www.segurosaurora.com

INICIO DE VIGENCIA
Se informa según lo pactado con el Tomador de la Póliza.

CONDICIONES PARTICULARES

Las condiciones contenidas en el presente Slip cuentan con las siguientes premisas:

- Estas condiciones priman sobre las condiciones generales Póliza de accidentes personales colectivo, las cuales pueden ser consultadas AQUÍ
- Esta cotización está sujeta a verificación de información y/o estado de los asegurados, no implica la aceptación y tiene validez de 30 días contados a partir de la fecha del presente documento. Esta podrá variar dependiendo de las condiciones del grupo asegurado definitivo reportado al momento de emitir la póliza.
- La presente cotización por parte del Tomador está sujeta al suministro del SARLAFT, debidamente diligenciado anexando Cámara de comercio vigente y copia de documento de identificación del Representante legal.
- LAR: 100.000.000
- Prima mínima mensual $500.000
- La institución educativa en calidad de Tomador de la póliza Colectiva, objeto de esta cotización y/o el Intermediario autorizado por **AURORA SEGUROS DE VIDA,** son los responsables del recaudo de la prima por asegurado, quienes realizaran un solo pago global por el total de asegurados a AURORA SEGUROS DE VIDA
- Las condiciones en la presente cotización son las autorizadas por la dirección técnica, si ha solicitado o requiere ajustes a las condiciones deberán ser consignadas en una siguiente versión; por lo anterior la compañía no asume responsabilidad de condicio nes particulares que no estén soportados dentro de un slip técnico.
- Suministrar listado de asegurados en plantilla de Excel como la muestra adjunta:

No.	TIPO	DOCUMENTO IDENTIDAD	F. EXPEDICION DOCUMENTO IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	GENERO	F. NACIMIENTO	EDAD

PROCESO OPERATIVO DE LA PÓLIZA
- El reporte de asegurados debe realizarse dentro de los cinco (5) días siguientes al cierre del mes inmediatamente anterior, de lo contrario se efectuará la respectiva facturación con el último reporte de asegurados suministrado por el Tomador a **AURORA SEGUROS DE VIDA**.
- La facturación se realizará dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha de recibo del reporte de asegurados, por parte del Tomador.
- Para el pago de cartera se otorgan 60 días a partir del inicio de vigencia de la póliza o de cada cobro periódico posterior.

La presente cotización no constituye aceptación del riesgo por parte de la **AURORA SEGUROS DE VIDA** hasta tanto lo manifieste de manera expresa y en documento escrito. Los términos establecidos serán susceptibles de modificación hasta cuando **AURORA SEGUROS DE VIDA** determine las características del riesgo. Tiene una validez de 30 días a partir de la fecha indicada en la parte superior.

De igual forma se aclara que la presente cotización se realiza con base en la información que a la fecha de esta ha sido suministrada a **AURORA SEGUROS DE VIDA**; si por alguna circunstancia dicha información se modifica en alguna de sus partes, las condiciones de la oferta y del contrato mismo se modificarán, inclusive podrán ser objeto de una nulidad por reticencia o inexactitud (Art. 1058 Co. Co.).