2026

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

Nro. 18-68-1000001090

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICION	VIGENCIA SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO
		DESDE LAS 24 HORAS	HASTA LAS 24 HORAS	
CHICO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO	NEGOCIO NUEVO
	12 12 2025	15 12 2025	04 01 2028	

DATOS TOMADOR

NOMBRE SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL **DOCUMENTO:** NIT 899999061-9

DIRECCION CR 7 NRO. 32 - 12 **CIUDAD** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL **TELEFONO** 3279797

ASEGURADOS: PERSONAL VINCULADO A LOS PROGRAMAS DE LA SDIS

BENEFICIARIOS : LOS DE LEY

INTERMEDIARIOS

INTERMEDIARIO	PARTICIPACION
991131 WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA COR	55 %
971118 PROSEGUROS CORREDORES DE SEGUROS	45 %

DISTRIBUCION DEL COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEG.	PRIMA

INFORMACION DEL RIESGO

CATEGORIA : 1 - SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL

AMPAROS	SUMA ASEGURADA $	PRIMA $	ASEGURADOS
MUERTE ACCIDENTAL	3,570,000,000,000.00	1,698,195,205.00	140000
AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	2,100,000,000,000.00	0.00	140000
DESMEMBRACIÓN EVAPE - 004 A	3,570,000,000,000.00	0.00	140000
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	3,150,000,000,000.00	0.00	140000
INHABILITACIÓN, INVALIDEZ, DESMEMBRACIÓN O INCAPACIDAD TOTALY PERMANENTE POR ACCIDENTE	2,520,000,000,000.00	0.00	140000
REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ A CAUSA DE ACCIDENTE	7,000,000,000,000.00	0.00	140000

PRIMA	ANUAL	$1,698,195,205.00	IVA	$0.00	TOTAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

OBSERVACIONES

TOMADOR : SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL.

NIT No. : 899.999.061-9

ASEGURADOS: PERSONAL VINCULADO A LOS PROGRAMAS DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, QUE SON APROXIMADAMENTE 140.000 PERSONAS. ESTA POLIZA ES INNOMINADA.

...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.

Artículo 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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

(415)7709998021150(8020)21003600574823(3900)001698195205(96)20261215

REFERENCIA PAGO:
2100360057482-3

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000001090

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
CHICO	NIT 899999061-9	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

BENEFICIARIOS : LOS DE LEY.

VIGENCIA : DESDE LAS 24:00 HORAS DEL 15 DE DICIEMBRE DE 2025 (00:00 HORAS DEL 16 DE DICIEMBRE DE 2025). HASTA : LAS 24:00 HORAS DEL 04 DE ENERO DE 2028 (00:00 HORAS DEL 05 DE ENERO DE 2028).

Objeto del Seguro:
Amparar a las personas usuarios/as pertenecientes o vinculadas a los diferentes proyectos de la SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL, entre otros, sin estar limitados, a los relacionados a continuacion:

ITEM.	PROYECTOS.
1	Contribucion a la proteccion de derechos de familias especialmente de sus integrantes afectados por la Violencia Intrafamiliar en la ciudad de Bogota
2	Implementacion de la estrategia de territorios cuidadores en Bogota
3	Fortalecimiento de las oportunidades de inclusion de las personas con discapacidad y sus familias cuidadores-as en Bogota
4	Generacion de Oportunidades para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia de Bogota
5	Compromiso por una alimentacion integral en Bogota
6	Compromiso con el envejecimiento activo y una Bogota cuidadora e incluyente
7	Compromiso social por la diversidad en Bogota
8	Generacion JOVENES CON DERECHOS en Bogota
9	Implementacion de estrategias y servicios integrales para el abordaje del fenomeno de habitabilidad calle en Bogota

- Asegurados : Personal vinculado a los Programas de la Secretaria Distrital de Integracion Social, que son aproximadamente 140.000 personas. Esta poliza es innominada, por lo cual la Salidad, no entregara listado de asegurados.

- Beneficiarios : Los de ley.

- Modalidad de Poliza - Operacion de la poliza : Cobro de prima unica durante la vigencia de la presente poliza, cobertura 24:00 horas. Las actividades de los programas de atencion se pueden desarrollar dentro de las 24:00 horas del dia, la cobertura de la poliza solo sera en el tiempo programado para las actividades.

- Coberturas :

Coberturas	Limites Asegurados/Por persona
Muerte por cualquier causa accidental.	$ 25.500.000
Incapacidad Total y Permanente.	$ 18.000.000
Desmembracion.	$ 25.500.000
Gastos Medicos.	$ 22.500.000
Auxilio funerario.	$ 15.000.000
Rehabilitacion integral por invalidez.	$ 50.000.000
Aparatos ortopedico y protesis incluyendo piezas dentales.	$ 15.000.000

- DEFINICIONES :

- Accidente : Se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que produzca durante la vigencia de la poliza, en la integridad fisica del asegurado, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles o lesiones internas medicamente comprobadas o ahogamiento.

- Muerte Accidental : Se considera Muerte por cualquier causa accidental, entre otras; la muerte por accidente, terremoto, erupciones volcanicas, inundaciones y en general cualquier fenomeno de la naturaleza, mordeduras o picaduras de animales, intoxicacion por cualquier causa, ahogamiento, inhalacion de gases toxicos, intoxicacion, infecciones bacterianas o virales y sepsis de cualquier causa, insolacion, electrocucion, congelacion, entre otros, homicidio y terrorismo (siempre y cuando el Asegurado se encuentra como sujeto pasivo) y no limitandose solo a los enumerados.
...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR: **$1,698,195,205.00**

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EMITAN 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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000001090

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
CHICO	NIT 899999061-9	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

- Desmembracion : Si como consecuencia de un accidente le produce al asegurado inhabilitacion o desmembracion diagnosticada la aseguradora reconocera la indemnizacion correspondiente de acuerdo al valor asegurado.

- Incapacidad total y Permanente : La cobertura por el riesgo de incapacidad total y permanente por un evento accidental, siempre y cuando al ser calificada de acuerdo con lo estipulado por el regimen de seguridad social, tal incapacidad sea igual o superior al 50% en tal caso, se reconocera al asegurado la suma estipulada en el cuadro de amparos descritos en la caratula de la poliza.

- Gastos Medicos : Si como consecuencia directa de un accidente, el asegurado requiera, asistencia medica, odontologica, quirurgica, hospitalaria, ambulatoria, farmaceutica, protesis; la aseguradora pagara los gastos causados hasta el valor asegurado, incluido gastos de traslado. Se indemnizaran hasta el limite establecido en la poliza y dentro de los terminos y con sujecion a las condiciones de este seguro, los gastos razonables que se causen, por concepto de primeros auxilios inmediatos, servicios medicos, quirurgicos, de ambulancia de hospital, de enfermeras y medicamentos, como consecuencia de las lesiones corporales producidas a la poblacion asegurada y relacionada por la SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL.

- Rehabilitacion integral por invalidez : Si a consecuencia de un accidente amparado bajo la presente poliza el asegurado sufre invalidez, su rehabilitacion se cubrira hasta el limite asegurado de la presente poliza.

- Aparatos ortopedicos y protesis incluyendo piezas dentales : Si a consecuencia de un accidente amparado bajo la presente poliza el asegurado requiere para su recuperacion aparatos ortopedicos y protesis incluyendo piezas dentales, se cubrira hasta el limite asegurado de la presente poliza.

- Reembolso por medicamentos : En caso de afectacion de la poliza y cuando la aseguradora no tenga convenio con la drogueria o droguerias, estos aplicaran bajo la modalidad de reembolso. Para lo cual se debera adjuntar facturas originales, historia medica y formato de autorizacion por la SDIS.
Estos reembolsos de medicamentos o entrega de medicamentos, hacen parte del limite asegurado del amparo de gastos medicos.

- Red Hospitalaria : Queda acordado y convenido que la aseguradora prestara atencion de prestacion de servicios hospitalarios, ambulancias y medicos, a traves de la red de la Secretaria de Salud del Distrito; en caso de autorizar otros centros hospitalarios debe justificarlo a la SDIS por escrito, dentro de los diez (10 das) habiles siguientes a la autorizacion.
De igual forma, la aseguradora acepta adelantar convenios con la red hospitalaria del Distrito Capital, con el fin de que los servicios prestados con esta se enmarquen dentro de precios SOAT.
La aseguradora debera presentar a la SDIS copia de los convenios a mas tardar dentro de los 60 sesenta (60 dias) habiles siguientes a la iniciacion de la vigencia del seguro.
Esta red medica debe tener disponibilidad para atender las 24 horas del dia, los siete dias de la semana, para urgencias por accidente de todas las especialidades medicas y odontologicas.

Procedimiento de Atencion : La aseguradora se compromete a presentar a la SDIS, el procedimiento bajo el cual se atenderan las reclamaciones que aplican para la poliza de Accidentes Personales, dentro de los diez (10) dias habiles, a partir de la fecha de adjudicacion, el cual sera evaluado por la Entidad y en caso de que la SDIS considere necesario efectuar ajustes al mismo notificara de ello a la aseguradora y la misma debera efectuar las modificaciones que sean

...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000001090

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
CHICO	NIT 899999061-9	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

pertinentes dentro de los diez (10) dias habiles siguientes.
De todas formas la SDIS y la Aseguradora adelantaran reunion en la cual se lleve a cabo el analisis del procedimiento y se acuerden las acciones y actividades a implementar para buscar la mayor operatividad de la atencion de los asegurados. Esta reunion sera citada por la SDIS con antelacion de cinco (5) dias habiles y la aseguradora se compromete a atender el requerimiento con la participacion del funcionario que tiene a cargo la administracion de la poliza y los reclamos, asi como un funcionario de la aseguradora de nivel directivo y que cuente con poder de decision.

Asi mismo, la aseguradora se compromete a atender las citaciones que efectue la SDIS, con el fin de participar el comites de seguimiento de siniestros, procedimientos, resultados u otros aspectos relacionados con la poliza de accidentes personales.
En dano de presentarse una PQR en el proceso de atencion la aseguradora se compromete a dar respuesta formal dentro de los cinco (5) dias habiles siguiente.

* Clausulas Basicas :
Amparo automatico para todas las actividades desarrolladas por la SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL o de las entidades que a su nombre realicen estas dentro del objeto social de la entidad sin previo aviso ni reporte.

Amparo automatico para cualquier persona que entre a formar parte del grupo asegurado.

Amparo automatico para las personas aseguradas bajo la poliza actualmente contratada. Sin exigencia de requisitos de asegurabilidad adicionales y/o aplicacion de limite de edad y/o de preexistencias.

Errores, inexactitudes u omisiones : El tomador esta obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo. La inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidas por la compañia, la hubieren retrado de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones mas onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Sin embargo, si se incurriere en errores, omisiones o inexactitudes imputables al tomador o al asegurado, el contrato no sera nulo ni habra lugar a la aplicacion del inciso tercero del articulo 1058 del Codigo de Comercio sobre reduccion porcentual de la prestacion asegurada. En este caso se debera pagar la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Continuidad de cobertura para las personas actualmente aseguradas : Sin suministro de relacion de asegurados durante la vigencia contratada y sin reportes durante la misma, pero se consideran aseguradas todas las personas que hagan uso de las dependencias sociales de la SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL o de las entidades que a su nombre realicen actividades dentro del objeto social de la entidad.

Ampliacion plazo para aviso de Siniestro, noventa (60) dias. El Oferente debe contemplar la extension del termino de aviso de la ocurrencia del siniestro, por parte del asegurado, a dentro de los noventa (60) dias siguientes a la fecha en que lo haya conocido o debido conocer la ocurrencia del mismo.

Concurrencia de amparos, clausulas o condiciones Queda entendido, convenido y aceptado, que si dos o mas amparos, clausulas o condiciones otorgan cobertura a un mismo evento, se indemnizara con base en aquella que ofrezca mayor proteccion para los intereses del asegurado. De igual manera prevaleceran los amparos, clausulas o condiciones que otorguen coberturas sobre aquellos que las excluyan. En todo caso y ante cualquier discrepancia sobre cual es el

...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000001090

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
CHICO	NIT 899999061-9	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

amparo, clausula o condicion aplicable a un caso determinado, se aplicara aquella o aquellas que en conjunto determine el asegurado de acuerdo a su conveniencia.

Liquidacion o Prorrata para Prorroga de la Vigencia : En caso de que el asegurado lo requiera, la aseguradora realizara la liquidacion de la prima de la prorroga a prorrata y con las mismas tasas y condiciones de la poliza inicial. Siempre y cuando la siniestralidad (siniestros pagados + siniestros en reserva) de la poliza no sea mayor al 60% frente a las primas pagadas, en el caso que la siniestralidad supere el 60% la aseguradora acordara con el asegurado las condiciones en que se otorgara la prorroga.

Revocacion de la poliza, clausulas o condiciones con termino de ciento noventa (90) dias.

Se otorga cobertura para actividades desarrolladas en cualquier lugar de Colombia y en cualquier medio de transporte.

Cobertura para todos los amparos contratados por atracos o hurtos o su tentativa.

En caso de muerte por cualquier causa accidental, la indemnizacion sera girada por la aseguradora a quien demuestre ser beneficiario de ley del fallecido.

Pago Indemnizatorio por Desmembracion: Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembracion y despues, como consecuencia del mismo accidente, el asegurado quedara incapacitado en forma total y permanente; De acuerdo a los porcentajes establecidos en la tabla de indemnizaciones.

Servicio de Linea telefonica de emergencia 7 X 24 : Con la presentacion de la oferta la aseguradora adjudicataria se compromete a prestar la atencion en caso de emergencia, dentro de la cual debe impartir las instrucciones sobre el procedimiento y acciones a seguir para atender el evento reportado.

De igual forma este servicio debe contemplar las instrucciones para la atencion del asegurado que requiera el servicio y el traslado al centro asistencial medico, coordinando con este su atencion y autorizando la movilizacion y el medio de la misma, ya sea ambulancia.

Este servicio debe prestarse a traves de linea de atencion 018000 o # marcando desde el celular y estar disponible las 24 horas los 7 dias de la semana durante la vigencia de la poliza, y para tal efecto la aseguradora adjudicataria debe confirmar los numeros de las lineas e informe escrito en el que presente el detalle del procedimiento y forma como atendera esta obligacion, dentro de los cinco (5) dias habiles siguientes a la fecha de adjudicacion.

Asesor : Contar con un Asesor dentro de los 7 dias a la semana, en las atenciones que requiera la SDIS, en horarios de lunes a Domingo de 8:00am a 10:00pm, para realizar procesos de activacion de la poliza en caso de falencias de la linea telefonica, consultas, igualmente en caso de siniestro y resolver situaciones que se presenten durante la atencion de los Asegurados, para lo cual se debe indicar Nombre, telefono de contacto, correo electronico.

Modificaciones a favor del Asegurado : Los proponentes deben contemplar bajo esta clausula, que los cambios o modificaciones a las condiciones de la presente poliza, seran acordados mutuamente entre la compañia y el asegurado. El certificado, documento o comunicaciones que se expidan para formalizarlos debe ser firmado, en señal de aceptacion, por un representante legal del asegurado o funcionario autorizado, prevaleciendo sobre las condiciones de esta poliza. No

...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000001090

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
CHICO	NIT 899999061-9	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

obstante si durante la vigencia de la poliza se presentan modificaciones en las condiciones del seguro, legalmente aprobadas que representen un beneficio a favor del asegurado, tales modificaciones se consideran automaticamente incorporadas.

Clausula de SOLUCION DE CONTROVERSIAS : Toda y cualquier diferencia que surja entre las partes por la interpretacion del presente contrato, su ejecucion, cumplimiento, terminacion o las consecuencias futuras del mismo, sera dirimida bajo la jurisdiccion y legislacion de la Republica de Colombia. Las diferencias y controversias que surjan se solucionaran con sujecion a las instancias que determine la Secretaria Distrital de Integracion Social.

Clausula de aplicacion de condiciones particulares : Queda expresamente acordado y convenido, que la Compañia acepta las condiciones basicas tecnicas establecidas en este anexo, en los terminos señalados en el mismo, por lo tanto, en caso de existir discrepancia entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta tecnica basica, frente a los textos de los ejemplares de las polizas, certificados, anexos o cualquier otro documento; prevalecera la informacion y condiciones basicas tecnicas establecidas, de igual forma en caso de encontrarse contradiccion en alguna condicion prevalecera la de mayor beneficio para el asegurado.

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR DESMEMBRACION :

- Perdida total e irreparable de la vista por ambos ojos	100%
- Perdida de ambos pies por encima del tobillo o ambas manos por encima de la muñeca	100%
- Perdida de una mano y un pie	100%
- Perdida de una mano o un pie y la vision de un ojo	100%
- Perdida total e irrecuperable de la audicion y el habla	100%
- Perdida total e irreparable de la audicion por ambos oidos	80%
- Perdida del brazo derecho o izquierdo segun sea diestro o zurdo	70%
- Perdida de un pie conservando el talon, o de una mano conservando la muñeca	50%
- Perdida total e irreparable del habla	50%
- Perdida del dedo pulgar de la mano derecha si es diestro o de la izquierda si es zurdo	25%
- Perdida del dedo pulgar de la mano derecha o izquierda contralateral a su destreza	15%
- Perdida de un dedo de la mano, excepto el pulgar	10%
- Perdida del grueso artejo del pie	5%
- Perdida de un dedo del pie excepto el grueso artejo	3%

Las exclusiones relacionada a continuacion aplican para todos los seguros de los Grupos 1, 2, 3 y 4

EXCLUSIONES
Exclusion COVID -19 / Enfermedad Infecciosa

Sin perjuicio de cualquier disposicion en contrario, este seguro excluye cualquier perdida, dano, responsabilidad, gasto, honorario, multa, sancion o cualquier otro monto causado directa o indirectamente, en relacion con, o que de cualquier manera implique o surja (incluyendo cualquier temor o amenaza de este) en el presente o futuro, por:

Cualquier enfermedad infecciosa, virus, bacteria u otro microorganismo (ya sea asintomatico o no); o Coronavirus (COVID-19) incluyendo cualquier mutacion o variacion del mismo; o Pandemia o epidemia, cuando sea declarado como tal por la Organizacion Mundial de la Salud o cualquier autoridad gubernamental.
Si el asegurador alega que, debido a esta exclusion, cualquier monto no esta cubierto por este acuerdo, la carga de probar lo contrario recaera en el asegurado.

Exclusion de Pandemias/Epidemias/Enfermedades por Coronavirus No obstante cualquier disposicion en contrario en este seguro, la poliza de seguro o suplemento a los mismos, este seguro no cubre las perdidas (multiples o individuales),
...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000001090

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
CHICO	NIT 899999061-9	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

reclamaciones, danos a personas o bienes, responsabilidad, la interrupcion de las actividades comerciales, la perdida de beneficios o cualquier gasto consecuente o coste de cualquier naturaleza directa o indirectamente causado por, que surja de, que resulte de o en conexion con, o miedo a una epidemia o pandemia (declarada o no como tal por las autoridades competentes) o enfermedad infecciosa real o percibida incluido pero no limitado a:

a) Enfermedades por coronavirus (COVID-19);
b) Sindrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
c) Cualquier variacion o mutacion de lo arriba.

Este seguro tambien excluye cualquier perdida, reclamacion, dano a personas o bienes, responsabilidad, la interrupcion de las actividades comerciales, la perdida de beneficios o cualquier gasto consecuente o coste de cualquier naturaleza directa o indirectamente causado por, que surja de, resultante de o en conexion con cualquier accion llevada a cabo o fracaso a la hora de tomar medidas para controlar, prevenir, suprimir dicha epidemia, pandemia o enfermedad infecciosa o cualquier variacion o mutacion de la misma

ENDOSO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Esta poliza, sujeta a todos los terminos, condiciones y exclusiones aplicables, cubre perdidas atribuibles a perdidas fisicas directas o danos fisicos que ocurran durante el periodo del seguro. Consecuentemente y sin perjuicio de cualquier otra disposicion de esta poliza en sentido contrario, esta poliza no asegura ninguna perdida, dano, reclamo, costo, gasto u otra suma, que surja directa o indirectamente de, atribuible o que ocurra simultaneamente o en cualquier secuencia con una enfermedad transmisible o el miedo o la amenaza (ya sea real o percibida) de una enfermedad transmisible.
2. Para los propositos de este endoso, perdida, dano, reclamo, costo, gasto u otra suma, incluye, pero no se limita a, cualquier costo de limpieza, desintoxicacion, eliminacion, monitoreo o prueba:
a. para una enfermedad transmisible, o
b. cualquier propiedad asegurada a continuacion que se vea afectada por dicha Enfermedad Transmisible.

3. Como se usa en este documento, una Enfermedad Transmisible significa cualquier enfermedad que puede transmitirse por medio de cualquier sustancia o agente de cualquier organismo a otro organismo donde:
a. la sustancia o agente incluye, pero no se limita a, un virus, bacteria, parasito u otro organismo o cualquier variacion del mismo, ya sea que se considere vivo o no, y
b. el metodo de transmision, ya sea directo o indirecto, incluye, pero no se limita a, transmision en el aire, transmision de fluidos corporales, transmision desde o hacia cualquier superficie u objeto, solido, liquido o gas o entre organismos, y
c. la enfermedad, sustancia o agente puede causar o amenazar danos a la salud humana o al bienestar humano o puede causar o amenazar danos, deterioro, perdida de valor, comercializacion o perdida del uso de bienes asegurados a continuacion.
4. Este endoso se aplica a todas las extensiones de cobertura, coberturas adicionales, excepciones a cualquier exclusion y otras subvenciones de cobertura. Todos los demas terminos, condiciones y exclusiones de la poliza permanecen sin modificacion alguna

ENDOSO PROPIEDAD CIBERNETICA Y DE LA INFORMACION

1. Sin perjuicio de cualquier disposicion en contrario, dentro de esta poliza o cualquier endoso a la misma, esta poliza excluye cualquier:
...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

	TOTAL ANUAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000001090

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
CHICO	NIT 899999061-9	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

1.1. perdida de informacion cibernetica, a menos que este sujeta a las disposiciones del parrafo 2;
1.2. perdida, dano, responsabilidad, reclamo, costo, gasto de cualquier naturaleza causada directa o indirectamente por, contribuida por, resultante de, derivado de o en relacion con cualquier perdida por su uso, reduccion de funcionalidad, reparacion, reemplazo, restauracion o reproduccion de cualquier informacion, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dicha informacion, a menos que este sujeto a las disposiciones del parrafo 3;
Independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultaneamente o en cualquier otra secuencia a la misma.
2. Sujeta a todos los terminos, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta poliza o cualquier endoso a la misma, esta poliza cubre perdida fisica o dano fisico a la propiedad asegurada bajo esta poliza, causado por cualquier incendio o explosion que resulte directamente de un incidente cibernetico, a menos que este incidente sea causado por, contribuido por, como resultado de, que surja de o este relacionado con un acto cibernetico, incluidas, entre otras, cualquier accion tomada para controlar, prevenir, suprimir, o remediar cualquier acto cibernetico.
3. Sujeta a todos los terminos, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta poliza o cualquier endoso a la misma, en caso que los Medios de Procesamiento de Informacion de propiedad u operados por el Afiliado sufran perdida fisica o dano fisico asegurados por esta poliza, esta poliza cubrira el costo de reparacion o reemplazo de los Medios de Procesamiento de Informacion en si mas los costos de copia de la informacion de back-ups o de originales de una generacion anterior. Si dichos medios no se reparan, reemplazan o restauran, la base de valoracion sera el costo de los Medios de Procesamiento de Informacion en blanco. Sin embargo, esta poliza excluye cualquier cantidad relacionada con el valor de dicha informacion, para el Afiliado o cualquier otra parte, incluso si dicha informacion no puede ser recreada, recopilada o reunida.
4. En el caso que alguna de las partes de este endoso se considere invalida o inaplicable, el resto permanecera en pleno vigor y efecto.
5. Este endoso reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra redaccion de esta poliza o cualquier respaldo que tenga relacion con la perdida de informacion cibernetica, la informacion o los Medios de Procesamiento de Informacion, la reemplazara.
Definiciones:
6. Perdida de informacion cibernetica significa cualquier perdida, dano, responsabilidad, reclamo, costo o gasto de cualquier naturaleza causada directa o indirectamente por, contribuido por, como resultado de, que surja de o este relacionado con cualquier acto cibernetico o incidente cibernetico, incluidos, sin limitarse, cualquier accion tomada para controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernetico o incidente cibernetico.
7. Acto cibernetico significa un acto no autorizado, malicioso o criminal o una serie de actos relacionados no autorizados, maliciosos o criminales, independientemente de la hora y el lugar, o la amenaza o engano del mismo que implica el acceso, procesamiento, uso u operacion de cualquier sistema informatico.
8. Incidente cibernetico significa:
8.1. cualquier error u omision o serie de errores u omisiones relacionados que impliquen el acceso, procesamiento, uso u operacion de cualquier sistema informatico; o
8.2. cualquier indisponibilidad o falla parcial o total o serie de indisponibilidades parciales o totales relacionadas o fallas para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informatico.
9. Sistema informatico significa:
9.1. cualquier computadora, hardware, software, sistema de comunicaciones, dispositivo electronico (incluidos, sin limitarse, telefono inteligente, computadora portatil, tableta, dispositivo portatil), servidor, nube o
...CONTINUA PAG. SIGUIENTE

TOTAL ANUAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

18-68-1000001090

SUCURSAL	DOCUMENTO	TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO
CHICO	NIT 899999061-9	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	NEGOCIO NUEVO

OBSERVACIONES

microcontrolador, incluyendo cualquier sistema similar o cualquier configuracion de los mencionados anteriormente, incluidos los asociados entrada, salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de red o instalacion de respaldo, propiedad u operado por el Afiliado o de cualquier otra parte.

10. Datos significa informacion, hechos, conceptos, codigo o cualquier otra informacion de cualquier tipo que se registre o transmita en una forma para ser utilizada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informatico.

11. Medios de Procesamiento de Informacion significa cualquier propiedad asegurada por esta poliza en la que se puede almacenar la informacion, pero no la informacion en si.

TOTAL ANUAL A PAGAR:	$1,698,195,205.00

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 BOGOTA, D.C. A LOS 12 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025

18-68-1000001090

FIRMA VIDESTADO

FIRMA DEL TOMADOR

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INTEGRAL ESTUDIANTIL

SUCURSAL	CERTIFICADO DE	POLIZA No.	ANEXO No.
CHICO	NEGOCIO NUEVO	1000001090	0

TOMADOR SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL NIT 899999061-9

DIRECCION CR 7 NRO. 32 - 12 CIUDAD BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL TELEFONO 3279797

ASEGURADOS: PERSONAL VINCULADO A LOS PROGRAMAS DE LA SDIS

BENEFICIARIOS: LOS 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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO
PERSONA NATURAL
CIRCULAR BÁSICA JURÍDICA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.174-4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	SUCURSAL	No FORMULARIO

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR **COMPLETAMENTE** DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).

CLASE DE VINCULACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
☐ APODERADO ☐ BENEFICIARIO ☐ OTRO ¿Cuál? _____	☐ VINCULACIÓN ☐ ACTUALIZACIÓN

1. INFORMACIÓN GENERAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula de Extranjería, P.A. Pasaporte, T.I. Tarjeta de Identidad, T.E. Tarjeta de Extranjería, R.C. Registro Civil)
C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ T.E. ☐ R.C. ☐ OTRO ☐ _____ No: _____

SEXO: F ☐ M ☐

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIUDO ☐

FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA / MES / AÑO)	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD (SI ES EXTRANJERO)

No DE HIJOS	VIVIENDA PROPIA	TIENE VEHÍCULO	OCUPACIÓN / OFICIO	PROFESIÓN
	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		

TIPO DE ACTIVIDAD: ESTUDIANTE ☐ AMA DE CASA ☐ RENTISTA ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐ ASALARIADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ INDEPENDIENTE ☐ CIIU

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	ZONA POSTAL	RESPONSABILIDADES RUT	RESPONSABLE IVA
			SI ☐ NO ☐

NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA	ÁREA	CARGO

DIRECCIÓN OFICINA	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO	CELULAR

POR SU CARGO O ACTIVIDAD :

1. ¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP*)? SI ☐ NO ☐
2. ¿ES PEP EXTRANJERO? SI ☐ NO ☐
3. ¿ES PEP DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES? SI ☐ NO ☐
4. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI ☐ NO ☐ ESPECIFIQUE: _____
5. ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP *? SI ☐ NO ☐ DILIGENCIE ANEXO 1
6. ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES? SI ☐ NO ☐ INDIQUE: _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

2.1. BALANCE

TOTAL ACTIVOS (A)	$ _____
TOTAL PASIVOS (B)	$ _____
TOTAL PATRIMONIO (A-B)	$ _____

2.2. INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS MENSUALES	$ _____
EGRESOS MENSUALES	$ _____
OTROS INGRESOS MENSUALES	$ _____

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR ☐ IMPORTACIONES ☐ OTRA ☐ Cuál _____

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

ANEXO 1 - CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

VINCULO/ RELACIÓN*	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE DESVINCULACIÓN

* **Vínculo / Relación:** 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañera(o) permanente del PEP) 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
* **Persona Expuesta Políticamente (PEP):** Comprende las Personas Expuestas Políticamente (Decreto 830 de 2021): individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos; así como, los PEP Extranjeros y los PEP de Organizaciones Internacionales.
* **PEP Extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarios de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.
* **PEP de Organizaciones Internacionales:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y/O RIQUEZA

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA Y PROVIENEN DE LA FUENTE QUE A CONTINUACIÓN DESCRIBO. DAR DETALLE:

_____

4. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN

Por medio del presente manifiesto que he sido informado que **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A**, ambas en adelante identificadas como **SEGUROS DEL ESTADO**, son responsables del tratamiento de mis datos personales. Por ello, consiento y autorizo de manera previa, libre e informada que mis datos personales sean tratados (recolectados, almacenados, usados, compartidos, procesados, transmitidos, transferidos, suprimidos o actualizados,) para el cumplimiento de las siguientes finalidades:

Prestar sus servicios de acuerdo con las necesidades particulares definidas en los contratos de seguros o cualquier otro tipo de vinculo contractual celebrado con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo pero sin limitarse a: **(i)** El trámite de la solicitud de vinculación como cliente potencial, consumidor financiero, cliente, intermediario, beneficiario, proveedor o tercero reclamante, según corresponda; **(ii)** El proceso de negociación y celebración de contratos con **SEGUROS DEL ESTADO**, incluyendo la determinación y análisis de primas como evaluación de riesgos; **(iii)** Ejecutar los contratos que celebre **SEGUROS DEL ESTADO** con sus terceros encargados y compañías tratantes, para cumplir su actividad aseguradora, los servicios contratados y demás exigencias legales, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; **(iv)** Controlar y prevenir fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; **(v)** Determinar y liquidar pagos de siniestros así como mantener el contacto para dar seguimiento a peticiones, quejas y reclamos; **(vi)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vii)** Elaborar estudios técnico actuariales, encuestas, seguimiento a los servicios prestados, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador; **(viii)** Enviar información relativa a educación financiera, eventos o capacitaciones que se programen, encuestas de satisfacción y ofertas de productos o servicios y comunicaciones comerciales de cualquier clase, relacionadas con servicios inherentes a la actividad aseguradora, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo ofertas de productos y servicios de Compañías con las que **SEGUROS DEL ESTADO** tenga convenio o alianzas comerciales; **(ix)** Permitir que los encargados y/o compañías tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares, cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que llegue a contraer el Titular de la información con **SEGUROS DEL ESTADO** o con cualquier otra de las Compañías Tratantes, con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales; **(x)** Construir perfiles de los titulares de Datos Personales, para la mejora de los productos o servicios, presente o futuros, adaptados a su perfil de cliente, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley; **(xi)** Realizar consultas y/o verificaciones en bases de datos públicas o privadas, nacionales e internacionales, cuando se haga necesario por el tipo de vinculación a juicio de **SEGUROS DEL ESTADO**, así como enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos o a las autoridades de los Estados Unidos u otros países, en los términos de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) o de normas de similar naturaleza en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia; **(xii)** Gestionar toda la información necesaria para el cumplimiento de las obligaciones tributarias, y de registros comerciales, corporativos y contables de SEGUROS DEL ESTADO; **(xiii)** Cumplir con obligaciones legales, requerimientos de autoridades competentes, responder requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales sobre los servicios prestados cuando haya lugar a ello; **(xiv)** En los casos que corresponda, ser usados en aplicativos móviles o plataformas tecnológicas propias de **SEGUROS DEL ESTADO** como aquellas administradas a través de Encargados y/o Compañías Tratantes; y **(xv)** Todas las demás finalidades que se definan en la política de protección de datos personales de **SEGUROS DEL ESTADO** y sus actualizaciones.

Autorizo expresamente que las anteriores finalidades y/o tratamientos puedan ser realizados directamente por **SEGUROS DEL ESTADO** o a través de terceros encargados y podrán ser objeto de transmisión y/o transferencia a filiales o afiliados, y a terceros con quienes tengan relación operativa que le provean servicios necesarios para su debida operación, o de conformidad con las funciones establecidas a su cargo en la legislación comercial y normas reglamentarias.

Como titular de los datos personales, declaro que he sido informado sobre el derecho de contestar voluntariamente las preguntas que versen sobre mis datos personales sensibles definidos en la ley. Igualmente, he sido informado de que es facultativa la autorización que involucre datos sensibles relacionados con niños, niñas y adolescentes. En el evento que los esté suministrando, declaro expresamente mi consentimiento para que se lleve a cabo su tratamiento por **SEGUROS DEL ESTADO.**

Igualmente, en calidad de titular de mis datos personales, tengo conocimiento sobre el canal dispuesto por SEGUROS DEL ESTADO para ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como, el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales para algunas de las finalidades dadas, el cual estará habilitado a través de la dirección de correo electrónico protecciondatospersonales@seguroasdelestado.com o a través de las páginas web www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com en el link https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

Finalmente, manifiesto que la información personal sobre la cual otorgo la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria, es verídica y completa.

Autorizo el tratamiento de acuerdo con las finalidades indicadas: SÍ ☐

Es importante recordar que la Política de Tratamiento de la Información de **SEGUROS DEL ESTADO** se encuentra publicada en https://www.segurosdelestado.com/pages/ProteccionDatos.

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida(s), así:
1.He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.
2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A., para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).
3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puedo formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. BENEFICIARIOS

a. Fotocopia del documento de identificación.

b. Documentación según políticas vigentes de la Compañía.

2. APODERADO

a. Fotocopia del documento de identificación.

b. En caso de que el beneficiario se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

HUELLA INDICE DERECHO

_____
FIRMA DEL BENEFICIARIO

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA	DÍA		MES		AÑO		HORA	____ : ____	OBSERVACIONES:

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO	SUCURSAL / INTERMEDIARIO	FIRMA

SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.174-4

INFORMACIÓN ADICIONAL DE SINIESTRO
POLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL

IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones, enmendaduras o información adicional favor validarlas con la firma al respaldo. De la veracidad de la informacion suministrada a continuacion, depende del exito de su reclamacion. ((Por favor no dejar espacios en blanco)).

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE	NIT o C.C.	No. POLIZA

CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	NUMERO TELEFÓNICO	CIUDAD

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE	IDENTIFICACION	ESTADO CIVIL	NOMBRE A QUE E.P.S. O A.F.P Y/O A.R.P ESTA AFILIADO

CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO	CIUDAD	EDAD

PERSONA JURIDICA

DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE	NIT o C.C.

DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO

PERSONA NATURAL

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	C.C. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ No.

DIRECCIÓN	TELÉFONO	SEXO F ☐ M ☐	EDAD

CORREO ELECTRÓNICO	ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACIÓN $

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

DIRECCIÓN EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS	CIUDAD	FECHA DE OCURRENCIA	HORA ___:___ AM ☐ PM ☐

AMPARO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACION

LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO ☐ COLEGIO ☐ LUGAR DE TRABAJO ☐ VIVIENDA ☐ ESCENARIO DEPORTIVO ☐ OTRO ¿CUAL? _____

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS _____

EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN FUNCIÓN (Actividad académica, deportiva y/o avalada por la Institución Médica)

INDIQUE SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES DERIVADA DE ☐ ACCIDENTE ☐ ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL? _____

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TELÉFONO

SOLO APLICA PARA PERSONAS NATURALES

INFORMACION DEL TITULAR DE LA CUENTA

Titular:

Beneficiario:

Tipo de documento de identidad: Cédula ☐ NIT ☐ Cedula de Extranjería: ☐

Número de documento:

Dirección:

Teléfono: Ciudad:

Correo Electrónico:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (OBLIGATORIA

Banco Nombre Código

Sucursal Ciudad

Tipo de Cuenta: Corriente ☐ Ahorros ☐ Número de Cuenta

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CENTRALES DE INFORMACIÓN, Y DEBER DE INFORMACIÓN.

Declaro que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, que en adelante se denominarán **LAS ASEGURADORAS,** el suscrito ha suministrado datos personales propios o de las personas naturales vinculadas a la persona jurídica que represento, directamente a **LAS ASEGURADORAS**, quienes actúan como responsables del tratamiento de la información por mi suministrada.

En consecuencia, autorizo a **LAS ASEGURADORAS** para que realicen el tratamiento de los datos suministrados, para mi vinculación como cliente, para la gestión integral del seguro contratado, para labores de mercadeo y comercialización, renovación de productos, prestación de servicios de asistencia, para fines estadísticos, para realizar la transferencia internacional de datos cuando ella sea necesaria para cumplir las finalidades del tratamiento y para que la misma sea entregada a los encargados del tratamiento que sean designados por **LAS ASEGURADORAS**, entre otros.

Declaro que he sido informado que son facultativas las respuestas sobre datos sensibles definidos en la ley y en especial aquellos relacionados con niños, niñas y adolescentes, y en el evento que llegue a suministrarlos, autorizo expresamente para que se lleve a cabo su tratamiento.

Autorizo a **LAS ASEGURADORAS** a entregar o compartir los datos suministrados con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector, con personas jurídicas que hayan sido designadas para administrar las bases de datos para efectos de prevención, control de fraude, selección de riesgos o elaboración de estudios estadísticos o actuariales, con los operadores necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con **LAS ASEGURADORAS,** tales como ajustadores, call centers, investigadores, abogados externos, compañías de asistencia, etc., con las entidades con las que deba celebrar contratos de coaseguros y reaseguros, con aliados estratégicos, intermediarios de seguros, compañías filiales y subsidiarias, entre otros, quienes en cumplimiento de la gestión encomendada actúan como encargados del tratamiento de la información. De igual manera, autorizo de manera permanente a **LAS ASEGURADORAS** a consultar y suministrar datos positivos o negativos de mi comportamiento comercial, crediticio y financiero a las diferentes centrales de información.

Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos personales de **LAS ASEGURADORAS**, el cual se encuentra publicado en las páginas, www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com

Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar la información anualmente y que para hacer efectivos los derechos que me asisten como titular de la información, puedo hacerlo a través de la Jefatura de Atención al Consumidor Financiero de **LAS ASEGURADORAS**, ubicada en la Carrera 11 # 90-20, Teléfono 2 18 69 77, correo electrónico info@segurosdelestado.com

De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida (s), así:

1.He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como Tomador tengo. De igual manera, he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo.

2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera, he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de información, así como de la autorización otorgada por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s).

3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor Financiero.

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO FORMULO LAS SIGUIENTES DECLARACIONES: MANIFIESTO QUE CONOZCO EL DERECHO QUE ME ASISTE PARA QUE NINGUNA PERSONA Y SIN AUTORIZACIÓN PREVIA ACCEDA A MI HISTORIA CLÍNICA, IGUALMENTE DECLARO CONOCER QUE POR DICHA PROTECCIÓN LEGAL ME ESTA PERMITIDO DESIGNAR A LOS TERCEROS A QUIENES AUTORIZO A ACCEDER A LA HISTORIA CLÍNICA Y A LOS DEMÁS DOCUMENTOS QUE LA ACOMPAÑAN, QUE HACIENDO USO DE DICHA PRERROGATIVA Y MEDIANTE LA PRESENTE DECLARACIÓN, MANIFIESTO QUE DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE AUTORIZO PARA QUE **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, EN CUALQUIER TIEMPO Y ANTE CUALQUIER PERSONA O ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, SOLICITE MI HISTORIA CLÍNICA Y DEMÁS DOCUMENTOS MÉDICOS, QUE EN VIRTUD DE LA PRESENTE MANIFESTACIÓN EXPRESO MI VOLUNTAD PARA QUE LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, LE SEA SUMINISTRADA AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO SIN MAS REQUISITO QUE LA PRESENTACION DE LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, QUE EN CONSECUENCIA MANIFIESTO MI DESEO PARA QUE LA ENTIDAD O PROFESIONAL DE LA SALUD QUE RECIBA LA AUTORIZACIÓN, DESPACHE EN FORMA INMEDIATA TODOS LOS DOCUMENTOS QUE A JUICIO DE LA ASEGURADORA SE REQUIERAN PARA CONOCER MI ESTADO DE SALUD, LOS TRATAMIENTOS QUE SE SUMINISTRAN Y EN FIN, CON ACCESO A TODA INFORMACIÓN QUE DOCUMENTE MI HISTORIAL MÉDICO, TALES COMO EXÁMENES DE DIAGNOSTICO, RESULTADOS DE VALORACIONES POR MÉDICOS, VALORACIONES POR ESPECIALISTA, ETC.

"En mi calidad de titular de la cuenta, otorgo a la Entidad Financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones crédito enviadas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** y/o **SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, en adelante **LAS COMPAÑIAS,** acreditando mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información aquí contenida. De igual forma, autorizo de manera libre, expresa y voluntaria a **LAS COMPAÑIAS** y/o sus encargados, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir y disponer de los datos que he suministrado en este formato los cuales podrán ser incorporados en distintas bases de datos de las Compañías. Los datos personales cuyo tratamiento se autoriza, serán conservados por **LAS COMPAÑIAS** hasta que sea solicitada la supresión de la información por parte del titular, y serán tratados de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013."

En caso de ser procedente el pago solicitado, en mi calidad de titular de la cuenta, autorizo a **Seguros de Vida del estado S.A**, a realizar la transferencia electrónica, a la cuenta y entidad bancaria señalada anteriormente.

FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO OPCIONAL)	NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN	FIRMA DEL ASEGURADO
QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE _____	NUMERO DE CELULAR: _____	NIT. O C.C. No. DE.
NIT O C.C. No. DE		

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verificadas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier medico, clínica y hospital para suministrar las informaciones necesarias con la enfermedad o accidente que trata esta reclamación