V4



ASESOR			
Nombre	FUERTESEGUROS	Código	19445

TOMADORES				
Nombre	Tipo de identificación	Número de identificación	Fecha	Dirección de correspondencia
MISIONERAS MADRES DOROTEAS	NIT	8909813335	21/10/2026	

SOLUCIÓN

NUMERO DE ASEGURADOS: 393
SINIESTRALIDAD: 0%

GRUPO ASEGURABLE

Quedan amparados bajo este seguro todos los solicitantes matriculados en la entidad tomadora, siempre que al ingreso a la póliza se encuentren en buen estado de salud y hubiesen sido previamente relacionados.

Deberán remitir un listado en medio magnético a la aseguradora previo al inicio de la vigencia; dicho listado debe contener:

Tipo de identificación (CC, TI, RC, CE, PA), campo obligatorio.
Número de identificación (Numérico), campo obligatorio
Primer nombre (Obligatorio)
Segundo nombre (Opcional)
Primer Apellido (Obligatorio)
Segundo Apellido (opcional)Sexo (M/F), obligatorio
Fecha de Nacimiento (Formato dd/mm/aaaa), obligatorio.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Quienes adquieran el plan para colectivo, deben ser residentes en Colombia y podrán permanecer en este, sin importar su edad, hasta la fecha de egreso de la institución educativa

PRIMAS

De acuerdo con el valor cotizado.
Rigen de acuerdo con los valores consignados en la cotización correspondiente a la actual vigencia.

COBERTURA	SUMA ASEGURADA OPC 1
	BÁSICO
INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE	$ 20.000.000
DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL	$ 20.000.000
REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ	$ 6.000.000
MUERTE ACCIDENTAL	$ 16.000.000
MUERTE NATURAL	$ 4.000.000
GASTOS FUNERARIOS MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL	$ 4.000.000
GASTOS MÉDICOS	$ 15.000.000
GASTOS DE TRANSPORTE	$ 25.000
ENFERMEDADES AMPARADAS	$ 7.500.000
ENFERMEDADES TROPICALES	$ 3.000.000
RIESGO BIOLÓGICO	$ 15.000.000
	OPCIONAL
BONO POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE	$ -
BONO POR MUERTE ACCIDENTAL DE PROGENITORES	$ -
PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO	$ 59.592

RETORNO

APLICA RETRIBUCIÓN AL TOMADOR EN PÓLIZAS COLECTIVAS del 5% siempre y cuando:

Tenga más de 1000 asegurados o la prima recaudada sea mayor a $15.000.000, la siniestralidad de la última vigencia NO DEBE SER MAYOR AL 40%, debe renovar la póliza con la compañía la vigencia siguiente y estar al día con el pago de

CONDICIONES GENERALES

Pago de las primas: Debes cancelar la totalidad del recibo de acuerdo con la forma de pago, a más tardar dentro del mes siguiente a la fecha de inicio de vigencia de este. De lo contrario no podrás hacer uso de los servicios.

No se permiten pagos directos de abono a nombre de la Compañía por parte de los padres de familia. Las primas siempre deberán ser recaudadas y legalizadas por el tomador contra el respectivo recibo de cobro emitido por la Compañía.

Forma de pago*

ANUAL

Modalidad de pago: Anticipado

DOCUMENTOS NECESARIOS EN CASO DE RECLAMACIÓN

Para hacer efectivos estos derechos otorgados por esta póliza deberán presentarse en cualquiera de las oficinas de SURAMERICANA, los siguientes documentos:

POR GASTOS DE CURACION, GASTOS DE TRANSPORTE, ENFERMEDADES AMPARADAS, ENFERMEDADES TROPICALES O RIESGO BIOLÓGICO

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Informe y certificado médico cuando las lesiones sean internas o haya hospitalización.
- Facturas originales debidamente canceladas de los gastos incurridos.

POR INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE

- Formulario de reclamación. Informe y certificado médico.
- Registro civil de nacimiento o cédula de ciudadanía
- Historia clínica completa donde se certifique la fecha en que se decretó la Invalidez
- Dictamen del médico tratante donde certifique la valoración de invalidez

POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación. Informe y certificado médico.
- Registro civil de nacimiento o cédula de ciudadanía
- Historia clínica completa

POR REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ

- Facturas originales debidamente canceladas de los gastos incurridos.
- Formulario de reclamación.
- Informe y certificado médico.

POR MUERTE ACCIDENTAL

- Formulario de reclamación
- Registro Civil de nacimiento.
- Registro Civil de defunción.
- Acta de levantamiento de cadáver.
- Certificado necropsia.

POR MUERTE NATURAL

- Formulario de reclamación
- Historia clínica completa
- Registro Civil de defunción.
- Registro Civil de nacimiento.

POR GASTOS FUNERARIOS

En caso de muerte del asegurado, la Compañía pagará por reembolso los gastos incurridos por concepto de Gastos Funerarios sin exceder la Suma contratada para este amparo, a la persona que demuestre haber sufragado los gastos funerarios del asegurado fallecido Siempre y cuando la muerte haya sido causada por un evento cubierto por esta Póliza.

POR BONO POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Certificado de hospitalización con Fecha de Ingreso y Fecha de Egreso.

POR MUERTE ACCIDENTAL DE PROGENITOR

- Formulario de reclamación
- Registro Civil de nacimiento del asegurado.
- Registro Civil de defunción.
- Acta de levantamiento de cadáver.
- Certificado necropsia.

En cualquier caso, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

CONDICIONES DE COTIZACIÓN

La cotización para negocios nuevos y renovaciones, tienen validez de 30 días, por lo tanto, el asesor deberá reportar a la compañía dentro de ese plazo la opción seleccionada para respetar el proceso de expedición y renovación.

BENEFICIOS ESPECIALES SOLO EN LAS PÓLIZAS COLECTIVAS SUJETOS AL NUMERO DE ESTUDIANTES ASEGURADOS VIGENTES.

BENEFICIOS	500 O MÁS ASEGURADOS	1.000 O MÁS ASEGURADOS	2.000 O MÁS ASEGURADOS
CONGELACION	SI	SI	SI
INSOLACION 2° GRADO	SI	SI	SI
TERCEROS (LESIONES O MUERTE CAUSADAS CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE. LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO CUANDO PARTICIPE EN ACTOS ILICITOS NO TENDRÁN COBERTURA	SI	SI	SI
SIDA	SI	SI	SI
ACCIDENTE EN MOTO (COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE) SIEMPRE Y CUANDO NO SEA A NIVEL COMPETITIVO	SI	SI	SI
OTRAS ENFERMEDADES AMPARADAS: LEPRA, TUBERCULOSIS Y PÉNFIGO (SOLO LAS ENUNCIADAS)	SI	SI	SI
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (INCLUYE SUICIDIO Y HOMICIDIO)	NO	SI	SI
INTOXICACIÓN POR ALIMENTOS	NO	NO	SI

Parágrafo: Con relación a las 4 patologías Lepra, Leishmaniosis, Malaria, Tuberculosis, nos permitimos precisar que sus tratamientos médicos ambulatorios son cubiertos y administrados directamente a través del ministerio de salud en Colombia por ser de notificación obligatoria y control epidemiológico que por norma es de responsabilidad estatal.

V4



Información exclusiva para procesos de emisión.

TOMADOR:	MISIONERAS MADRES DOROTEAS			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	NIT			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	8909813335			
COMISIÓN FINAL:		27,5%	27,5%	27,5%
CEDE COMISIÓN:	**NO**	0,0%	0,0%	0,0%
NÚMERO DE ASEGURADOS:	393			
SINIESTRALIDAD:	0%			
FORMA DE PAGO:	**ANUAL**			

CGM	**$**	**42.592**	**$**	**-**	**$**	**-**

RESUMEN	Opción 1		Opción 2		Opción 3	
INCAPACIDAD PERMANENTE POR ACCIDENTE	$	20.000.000	$	-	$	-
GASTOS MÉDICOS	$	15.000.000	$	-	$	-
BONO POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE	$	-	$	-	$	-
BONO POR MUERTE ACCIDENTAL DE PROGENITORES	$	-	$	-	$	-
PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO	**$**	**59.592**	**$**	**-**	**$**	**-**

OPCION A ELEGIR | FIRMA Y SELLO