



AUROLA

SEGUROS DE VIDA



SEGURO ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES

SLIP DE COTIZACIÓN



AURORA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ "LA COMPAÑÍA", CON BASE EN LA INFORMACIÓN PRESENTADA POR EL TOMADOR EN SU SOLICITUD, OTORGA LOS SIGUIENTES TÉRMINOS Y CONDICIONES

INFORMACION GENERAL

FECHA DE INICIO:	15/02/2026
TOMADOR:	MAS SERVICIOS ASISTENCIA COLOMBIA SAS
ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Clubes deportivos (Futbol, voleibol, básquet)
GRUPO ASEGURABLE:	ESTUDIANTES DE LA ESCUELA DEPORTIVA CLUB DEPORTIVO CEDRO SAS
NÚMERO DE ASEGURADOS:	900
VIGENCIA DE LA PÓLIZA HASTA:	15/02/2027

COBERTURAS Y VALORES ASEGURADOS

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
Muerte Accidental	\$5.000.000
Invalidez accidental y/o desmembración	\$5.000.000
Gastos médicos por accidentes	\$2.000.000
Gastos de traslado por accidente	\$500.000
PÓLIZA ANUAL POR ASEGURADO	

NOTA: Para la expedición de la póliza se deben tener en cuenta las siguientes premisas

- Solo se emitirán pólizas para escuelas deportivas que cuenten con el aval deportivo vigente
- Para la expedición de las pólizas se debe contar con la totalidad de los documentos solicitados por la Compañía
- La cobertura se otorga solo cuando el estudiante se encuentra en las instalaciones del Tomador o en Representación



AMPAROS/COBERTURAS

AMPAROS / COBERTURAS		
MUERTE ACCIDENTAL	Si el asegurado fallece con ocasión de un accidente amparado por la póliza, "LA COMPAÑÍA" pagará al beneficiario o beneficiarios el valor asegurado contratado expresado en la carátula de la póliza, siempre que la muerte se produzca dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días comunes siguientes la fecha del accidente y este haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.	
	Este amparo es excluyente del amparo de muerte por causa no accidental	
INVALIDEZ ACCIDENTAL Y/O DESMEMBRACIÓN	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, "LA COMPAÑÍA" pagará, 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 comunes.	
	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
	ENAJENACIÓN MENTAL INCURABLE CON IMPOTENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA	100%
	PARÁLISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	100%
	CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	100%
	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
SORDERA TOTAL BILATERAL	100%	
PÉRDIDA DEL HABLA	100%	



	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN (1) OJO	50%
	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
	PÉRDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA	50%
	PÉRDIDA DE UNA (1) PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
	PÉRDIDA DE UN (1) PIE	40%
	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA	30%
	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA	30%
	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO DERECHA O PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	25%
	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO	25%
	COMO MÁXIMA INDEMNIZACIÓN POR TRASTORNOS EN LA MASTICACIÓN Y HABLA	25%
	PÉRDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
	PÉRDIDA TOTAL DE TRES (3) DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
	PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
	PÉRDIDA DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	12%
	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO	10%
	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO	10%
	PÉRDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO	8%
	PÉRDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO	8%
	PÉRDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES	8%
	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE DERECHO	7%
	PÉRDIDA DEL DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO	5%
	PÉRDIDA DE UNA FALANGE DE CUALQUIER DEDO	5%
	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 ACCIDENTE	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, "LA COMPAÑÍA", prestara el servicio a través de los prestadores autorizados por "LA COMPAÑÍA" o 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.
	En caso de presentarse un accidente cubierto por la póliza y que sea necesario trasladar de emergencia al asegurado accidentado a algún centro asistencial para la atención de urgencias, se



GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE	reconocerán los gastos de transporte hasta la suma pactada. El traslado será cubierto únicamente como consecuencia de un accidente amparado por la póliza durante las 24 horas del día dentro y fuera de la institución educativa. 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, "LA COMPAÑÍA" 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	
EXCLUSIONES GENERALES	No están cubiertas las pérdidas, lesiones, muerte, o los gastos, cuando sean consecuencia directa, indirecta, total o parcial de los siguientes hechos: • Todos los hechos descritos en el artículo 1055 del código de comercio como inasegurables: el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario. Cualquier estipulación en contrario no producirá efecto alguno, tampoco lo producirá la que tenga por objeto amparar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policivo. • Suicidio o su tentativa o las lesiones causadas intencionalmente a sí mismo por el estudiante asegurado, estando este o no en uso normal de sus facultades mentales. • Los accidentes causados por la participación actos de guerra interna, civil o internacional declarada o no, actos mal intencionados de terceros, revueltas populares, motín, sedición, asonada, huelga, movimientos subversivos o al margen de la ley, conmociones civiles de cualquier clase y demás acciones de carácter tumultuario y violento. • Encontrarse el asegurado bajo la influencia de bebidas embriagantes o de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, siempre que tal circunstancia sea la causa



	del accidente. • Invalidez provocada por lesiones ocurridas por culpa grave del asegurado, como consecuencia de encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de estimulantes o drogas, no prescritos por un médico. • Las lesiones, hospitalizaciones o la muerte causada por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante o contundente, puños o patadas. Siempre que el asegurado participe activamente del hecho que causo la muerte o lesiones. • Los accidentes sufridos por el estudiante asegurado, durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x o choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado. • Participación del estudiante asegurado en actividades ilícitas o contravencionales siempre que se encuentren descritas como tales en normas legales o reglamentarias. • La participación del estudiante asegurado en riñas, peleas, salvo cuando se trate de menores de (14) años • La participación del estudiante asegurado en actos ilícitos. • Los accidentes ocasionados por el uso por parte del asegurado de aeronaves y artefactos aéreos en calidad de piloto, pasajero o tripulante, estudiante de pilotaje o mecánico de aviación, salvo que se encuentre en una línea comercial legalmente establecida o autorizada para el transporte regular de pasajeros. • Hechos de la naturaleza como resultado de fisión, fusión nuclear o radioactividad. • Actividades terroristas producidas por material nuclear, biológico, químico y radiactivo. • Los accidentes que ocurran cuando el estudiante asegurado participe en competencias de velocidad o habilidad, o actividades como las siguientes, pero sin limitarse a estas: espeleología, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, paracaidismo, vuelo en planeadores, cometa, motociclismo, rafting, puenting, bungee jumping, ciclomontañismo, rappel, canotaje, torrentismo, cualquier modalidad de esquí, patinaje sobre hielo, hockey, surf, snowboard, motocross, skateboard, kitesurf, ala delta, cuatriciclos, moto
--	--



	náutica, windsurf, parkour y la práctica o entrenamiento de deportes a nivel profesional de cualquier naturaleza. • Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza no accidental. • Las perturbaciones y/o enfermedades mentales o psiquiátricas, salvo que surjan como consecuencia de un accidente amparado y se pueda comprobar en la historia clínica el nexo de causalidad de la perturbación mental con el accidente. • Enfermedades no previstas en el amparo de gastos médicos por enfermedades amparadas, tales como: hernias de cualquier clase, eventraciones y oclusiones intestinales, roturas de aneurismas, los calambres, los ataques cardíacos, de apoplejía, síncope, convulsiones, vértigos, crisis epilépticas, desmayos, lipotimia, epileptoides o sonambulismo, o cualquier enfermedad y sus estados patológicos, sean cuales fueren su naturaleza y sus consecuencias. • Los gastos médicos en que se incurra para cubrir cirugías estéticas o plásticas con fines de embellecimiento, prótesis dental, cirugías o tratamientos odontológicos, refracciones visuales y suministro de anteojos o lentes de contacto, a no ser que sean consecuencia directa de un accidente amparado por esta póliza. • Los gastos médicos ocasionados por un accidente de tránsito cubiertos por el soat y el FOSYGA hasta el valor establecido en salarios diarios mínimos legales vigentes. • Los accidentes de trabajo y enfermedad profesional • Problema de salud pública, epidemia, pandemia o pandemia localizada, regional o global • Las agravaciones, recaídas o reincidencias de enfermedades preexistentes al accidente. • Virus o bacterias transmitidos por picadura de insectos y enfermedades o complicaciones derivadas de los mismos, salvo que se contrate la cobertura de enfermedades tropicales. • Las lesiones o alteraciones de fibras musculares no asociadas a traumas y que sean derivadas de sobrecarga muscular llamadas comúnmente contracturas, espasmos, tirones y/o calambres. • Toda enfermedad no cubierta expresamente en los amparos adicionales • Los gastos médicos y odontológicos que no sean consecuencia directa de un accidente amparado bajo la
--	--



	póliza expresamente contratado y descrito en la carátula de la póliza.
EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO DE GASTOS DE TRASLADO	1. Los que se generen con posterioridad al accidente, como el transporte en que se incurra para controles médicos, terapias, exámenes y otros servicios. 2. La movilización que se pueda generar por la atención medica derivada de cualquier enfermedad no amparada en la póliza. 3. Los tratamientos médicos no amparados.
DEDUCCIONES Y REGLAS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES	Los límites y sublímites de cobertura de los amparos que se contraten se sujetarán a las siguientes reglas especiales: A. En caso de que se haya contratado el amparo de inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente, cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo básico. Por tanto, una vez pagado el equivalente al cien por ciento (100%) de la suma Asegurada, "LA COMPAÑÍA" estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro B. En caso de que se haya contratado el amparo de Gastos Médicos por enfermedades amparadas, cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo básico de muerte accidental y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico. C. Si la póliza tiene el amparo de Gastos Médicos enfermedades amparadas, y el amparo de incapacidad total y permanente por enfermedad no preexistente, y en virtud de cualquiera de ellos "LA COMPAÑÍA" haya efectuado un pago. Dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo. D. En caso de que se hayan contratado los amparos de Gastos Médicos amparados y el amparo de inhabilitación, invalidez, desmembración o incapacidad total y permanente por accidente, y en virtud de cualquiera de ellos "LA



“LA COMPAÑÍA” haya efectuado un pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.

E. En caso de que se haya contratado el amparo de enfermedades Tropicales, cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo Gastos Médicos y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Gastos Médicos.

F. En caso de que se haya contratado el amparo de riesgo químico, cualquier indemnización por este concepto no es acumulable al amparo Gastos Médicos y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicho amparo, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Gastos Médicos.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPAROS	MÍNIMA DE INGRESO	MÁXIMA DE INGRESO	PERMANENCIA
Muerte Accidental	1 año	64 años	69 años
Amparos Adicionales	1 año	64 años	69 años

DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN

AVISO DE SINIESTRO

El tomador, asegurado y/o los beneficiarios, según el caso, darán aviso a **“LA COMPAÑÍA”** 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 BÁSICOS

- Aviso de Siniestro (Formato de reclamación ramos Vida IN SV FO 01)
- Carta formal de reclamación de los beneficiarios (opc)
- Copia legible al 150% del documento de identificación del Asegurado.
- Copia Legible al 150% del documento de identidad del reclamante y/o beneficiarios (Cedula de Ciudadanía, Tarjeta de Identidad, Registro Civil de nacimiento, Cedula de Extranjería, Pasaporte, carnet diplomático, N° Unico 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 Notaria, para los casos donde el reclamante no es el beneficiario.
- Certificación Bancaria, 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

- 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 si el deceso se produjo como consecuencia de suicidio, homicidio o accidente.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN

Además de los documentos básicos contemplados, se debe 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 al 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. "LA COMPAÑÍA" se reserva el derecho de solicitar a su consideración documentos adicionales, en caso de que así lo amerite la reclamación.
OTRAS CONDICIONES	
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 "LA COMPAÑÍA". 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 "LA COMPAÑÍA", o en la fecha que especifique el tomador, la que ocurra más tarde y el tomador será responsable de pagar a "LA COMPAÑÍA" 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 "LA COMPAÑÍA" devolverá la totalidad de la prima no devengada descontando los cargos de emisión causados, de acuerdo con las políticas de suscripción establecidas.
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 es Anual.
CANALES DE RECAUDO	Pago en línea www.segurosaurora.com Se adjunta instructivo.
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, las cuales pueden ser consultadas en https://segurosaurora.com/wp-content/uploads/2021/10/CONDICIONES-GENERALES-DEL-SEGURO-DE-ACCIDENTES-PERSONALES-PARA-ESTUDIANTES.pdf. • 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 está sujeta al suministro del SARLAFT, debidamente diligenciado por el Tomador, Cámara de Comercio Vigente y Copia de Documento de identificación del Representante Legal. • 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 condiciones particulares que no estén soportados dentro de un slip técnico.

- La institución educativa en calidad de Tomador de la póliza Colectiva, objeto de esta cotización y/o el Intermediario autorizado por **"LA COMPAÑÍA"**, son los responsables del recaudo de la prima por asegurado, quienes realizarán un solo pago global por el total de asegurados a **"LA COMPAÑÍA"**.
- 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

- 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 45 días a partir del inicio de vigencia de la póliza o de cada cobro periódico posterior.

INTERMEDIARIO

DIRECTO COMPAÑÍA

La presente cotización no constituye aceptación del riesgo, autorización o compromiso para la expedición de la póliza por parte de la **"LA COMPAÑÍA"**, hasta tanto el tomador, lo manifieste de manera expresa y en documento escrito. Los términos establecidos serán susceptibles de modificación hasta cuando la Compañía 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 la Compañía; 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).