

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
5303355878

PÓLIZA No: 530 - 2 - 994000001852 ANEXO: 18

AGENCIA EXPEDIDORA: **POBLADO**

COD. AGENCIA: **530** RAMO: **2**

DIA MES AÑO
24 4 2025

DIA MES AÑO HORAS
23 4 2025 23:59

DIA MES AÑO HORAS
28 2 2026 23:59 **311**

DIA MES AÑO
24 4 2025

FECHA DE EXPEDICIÓN

VIGENCIA DESDE

A LAS

VIGENCIA HASTA

A LAS

DÍAS

FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: **ACLARACIONES**

TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **INSTITUCION UNIVERSITARIA DE ENVIGADO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **811000278-2**

DIRECCIÓN: **CARRERA 27B 39A SUR 57**

CIUDAD: **ENVIGADO, ANTIOQUIA**

TELÉFONO: **6043332150**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ESTUDIANTES DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS EDUCATIVOS**

IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **LOS DE LEY**

IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **UNICA**

AMPAROS

SUMA ASEGURAD

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	20000000.00
MUERTE ACCIDENTAL	20000000.00
DESMEMBRACION	10000000.00
AUXILIO FUNERARIO	3000000.00
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	10000000.00
GASTOS DE TRASLADO	250000.00
REHABILITACION INTEGRAL	10000000.00
ENFERMEDADES AMPARADAS	20000000.00

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO SE CONFIRMA QUE EL ANEXO CORRESPONDE AL SIGUIENTE EVENTO:

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
-------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE HURTADO PEREZ CECILIA	CLAVE 3169	%PART 100	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
--	----------------------	---------------------	-----------------	-------	-----------------

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000530335587

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
CDBD207B0C09F57D5E

CLIENTE

DDRODRIGUEZ 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com

Defensor del Consumidor Financiero – Suplente: Jorge Humberto Martínez Luna * Celular: 310 223 4304 * Correo electrónico: martinezlunaabogados@gmail.com

Dirección: Carrera 13A# 28-38 oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 791 91 80 * Fax: (601) 791 91 80 * Horario: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: <https://aseguradorasolidaria.com.co/resources/site1/General/2023/Servicios/FOLLETO-DEFENSOR-CONSUMIDOR-FINANCIERO-30-01-2023.pdf>

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros