



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

201741430200017754

Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201741430200017754

Fecha: 02-08-2017

TRD: 4143.020.22.2.1020.001775

Rad. Padre: 201741430200017754

11/8/17

CIRCULAR 4143.020.22.2.1020.001775

PARA: RECTORES INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI.

ASUNTO: PROCEDIMIENTO Y DOCUMENTOS EN ACCIDENTES DE ESTUDIANTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES.

Con el ánimo de agilizar y aclarar los procedimientos que deben seguirse en el evento de un accidente de un estudiante, adjunto a la presente circular los siguientes documentos:

1. Copia de la Póliza de Seguro de Accidentes Escolares.
2. Listado de los Centros Médicos que prestan el servicio por accidentes escolares.
3. Formato de Certificación de estudiante asegurado.
4. Formato de Servicio de traslado.
5. Definiciones y requisitos de gastos médicos y de traslado.
6. Lista de documentos por amparo por muerte de estudiante y auxilio funerario.

Es importante mantener disponibles estos formatos y documentos de procedimientos de tal forma que en la ocurrencia de un evento se pueda realizar los traslados correspondientes el menor tiempo posible.

Atentamente,

LUZ ELENA AZCÁRATE SINISTERRA
LUZ ELENA AZCÁRATE SINISTERRA
Secretaría de Educación Municipal

Anexo: nueve (09) folios

Proyectó y elaboró: Zoraida Bravo Pineda – Profesional Universitario
Revisó: Liliana Arce García – Subsecretaría Administrativa y Financiera

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS
9300074607

PÓLIZA No: 930-2 - 994000000005 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES				COD. AGENCIA: 93D RAMO: 2			
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
7	4	2017	23:59	21	3	2018	23:59
FECHA DE EXPEDICIÓN				FECHA DE IMPRESIÓN			
VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
A LAS				A LAS			
TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO				TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION			

DATOS DEL TOMADOR		IDENTIFICACIÓN: NIT	890399011-3
NOMBRE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI	CIUDAD: CALI, VALLE	TELÉFONO:	6530869
DIRECCIÓN: AVENIDA 2 NORTE NO.1D-70			

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO		IDENTIFICACIÓN:	
ASEGURADO: GRUPO ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES	CIUDAD:	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:			

BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO		IDENTIFICACIÓN:	
---	--	-----------------	--

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS	
CATEGORIA: ESTUDIANTES	SUMA ASEGURADA
AMPAROS	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	10000000.00
MUERTE ACCIDENTAL	10000000.00
AUXILIO FUNERARIO	10000000.00
GASTOS MEDICOS	6000000.00
GASTOS DE TRSALADO	170000.00
REHABILITACION INTEGRAL	10000000.00
ENFERMEDADES AMPARADAS	12000000.00

TEXTOS POLIZA
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESTUDIANTES

TOMADOR: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
NIT: 890.399.011-3
DIRECCION: AVENIDA 2 NO 10-7D
TELEFONO: 072 6618562 - 0726618563 SANTIAGO DE CALI

VIGENCIA DESDE: DD:00 HORAS DEL 31 DE MARZO DE 2016
VIGENCIA HASTA: DD:00 HDRAS DEL 22 DE MARZO DE 2018

CONDICIONES TECNICAS BASICAS OBLIGATORIAS (INCLUIDAS COMPLEMENTARIAS):

1. OBJETO:
AMPARAR A LOS ESTUDIANTES E INFANTES FRENTE AL RIESGO DE ACCIDENTE, DESMEMBRACION ACCIDENTAL, ASI COMO LAS SECUELAS QUE DEL MISMO SE GENEREN RELACIONADAS CON INVALIDEZ Y MUERTE, INCLUYENDO GASTOS MEDICOS.

2. GRUPO ASEGURADO:
ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES SIMILARES PUBLICAS, URBANAS Y RURALES, INFANTES, QUE SE ENCUENTREN A CARGO DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI, INCLUYENDO LOS ESTUDIANTES QUE FORMAN PARTE DE LA EDUCACION EXTENDIDA, O COBERTURA EDUCATIVA.
SE PRESENTA OFERTA SOBRE LA BASE DE 27D.000 ASEGURADOS, INCLUYENDO LOS ESTUDIANTES DE AMPLIACION DE COBERTURA Y PRIMERA INFANCIA.

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
*****39,170,000.00	*****1,100,000,000.00		*****0.00	*****1,100,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURADOR CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
ACON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21		
JARDINE LLOYD THOMPSON VALENCIA & IR	473		

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

FIRMA ASEGURADOR	FIRMA TOMADOR
DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá	JGUAYACAN 930 0

C7DB20780F08F8785F CLIENTE

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.2508 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGENCIA: RAMO: No. POLIZA: 994000000005 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI IDENTIFICACION: NIT 890399011-3
 ASEGURADO: GRUPO ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES IDENTIFICACION:
 BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO IDENTIFICACION:

TEXTO DE LA POLIZA

3. VIGENCIA DEL SEGURO:
 LA PRESENTE POLIZA SE SUSCRIBE UNICA Y EXCLUSIVAMENTE AL AÑO LECTIVO REGULADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL, POR LO CUAL NO HABRA COBERTURA DURANTE LOS PERIODOS DE RECESO ESTUDIANTIL, TAL COMO SE PRECISAN EN LA RESOLUCION DE LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL NO 4143.0.21.7906 DEL 14 DE OCTUBRE DE 2016 Y LA NO 4143.010.21.0024 DEL 06 DE ENERO DEL 2017, LAS CUALES HACEN PARTE DEL PRESENTE SLIP. IGUALMENTE, LA COBERTURA SE APLICA SOLAMENTE MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRA EN LOS PREDIOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA, O FUERA DE ELLOS, SIEMPRE Y CUANDO ESTE EJECUTANDO ALGUNA ACTIVIDAD EN REPRESENTACION DE ELLA. ESTA COBERTURA SE AMPLIA A CUBRIR LOS EVENTOS QUE OCURRAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE DESPLAZA DE SU LUGAR DE ORIGEN A LA INSTITUCION EDUCATIVA Y DURANTE LA DOS PRIMERAS HORAS DESPUES DE TERMINAR LA JORNADA ACADEMICA.

NOTA: EN CASO DE MODIFICACION DE ESTOS PERIODOS, LA COBERTURA SE EXTENDERA AUTOMATICAMENTE Y EL MUNICIPIO DE CALI DARA AVISO A LA ASEGURADORA.

PERIODO DE COBERTURA DE ACUERDO CON RESOLUCIONES (CALENDARIO ESCOLAR-SEMANAS LECTIVAS 2017):

- * 30 DE ENERO DE 2017 AL 09 DE ABRIL DE 2017.
- * 17 DE ABRIL DE 2017 AL 09 DE JULIO DE 2017.
- * 31 DE JULIO DE 2017 AL 08 DE OCTUBRE DE 2017.
- * 16 DE OCTUBRE DE 2017 AL 10 DE DICIEMBRE DE 2017.

4. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES:

AMPAROS VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	10.000.000
MUERTE ACCIDENTAL	10.000.000
INHABILITACION POR ACCIDENTE	10.000.000
REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ	6.000.000
GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS POR ACCIDENTE. INCLUYE RIESGO BIOLOGICO	12.000.000

GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES GRAVES:
 CANCER, TETANO, ESCARLATINA, POLIOMIELITIS Y LEUCEMIA, SIDA, AFECION RENAL CRONICA, INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, TUBERCULOSIS, MENINGITIS, SINDROME DE GUILLAN BARRE. (COMO VALOR ASEGURADO ADICIONAL AL GASTO MEDICO Y HOSPITALARIO)

GASTOS DE TRASLADO SI EL TRASLADO SE REALIZA EN UN VEHICULO DE SERVICIO PUBLICO, \$30.000 POR EVENTO.
 140.000.

GASTOS DE TRASLADO EN AMBULANCIA

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y POR CUALQUIER CAUSA. (NO ACUMULABLES) \$1.000.000.

5. ALCANCE DE LAS COBERTURAS:

GASTOS MEDICOS:
 GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE: CUANDO CON MOTIVO DE UN ACCIDENTE EL ALUMNO ASEGURADO SE VIERE PRECISADO, DENTRO DE LOS 365 DIAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DEL MISMO, A SOMETERSE A ASISTENCIA MEDICA, QUIRURGICA, ODONTOLOGICA, DE FISIOTERAPIA, HOSPITALARIA O FARMACEUTICA O A HACER USO DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERAS, LA ASEGURADORA REEMBOLSARA, AUTORIZARA, O ATENDERA A TRAVES DE SUS CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS POR ESTE CONCEPTO Y HASTA POR EL LIMITE DEL VALOR ASEGURADO ESPECIFICADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA PARA ESTE AMPARO, LOS GASTOS EN QUE SE HUBIERE INCURRIDO.
 ENTIENDASE POR RIESGO BIOLOGICO LA POSIBILIDAD DE QUE OCURRA UN EVENTO PERJUDICIAL PARA LA SALUD DEL ALUMNO ASEGURADO CON CUALQUIER MICROORGANISMO, SUS PRODUCTOS O DERIVADOS, CULTIVOS CELULARES O ENDOPARASITOS Y CUALQUIER OTRO TIPO DE ORIGEN BIOLOGICO, CAPAZ DE PRODUCIR CUALQUIER TIPO DE INFECCION, ALERGIA U TOXICIDAD EN HUMANOS

GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES GRAVES:
 SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA POLIZA, A CUALQUIERA DE LOS ALUMNOS ASEGURADOS SE LE LLEGARE A DIAGNOSTICAR POR PRIMERA VEZ ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ARRIBA ENUNCIADAS, SE INDEMNIZARA EN LA MISMA FORMA Y CUANTIA QUE LOS DEMAS ACCIDENTES AMPARADOS POR ESTA POLIZA, SIEMPRE QUE LOS GASTOS POR LAS ASISTENCIAS MEDICAS Y /O EL FALLECIMIENTO OCURRAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA Y QUE LA ENFERMEDAD O LA MUERTE SOBREVENGAN AL ALUMNO ASEGURADO DESPUES DE TREINTA (30) DIAS CALENDARIO DE HABER INGRESADO AL SEGURO

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES

COD. AGENCIA:

RAMO:

Nº. PÓLIZA: 994000000005

ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

IDENTIFICACIÓN: NIT 890399011-3

ASEGURADO: GRUPO ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES

IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ:

SI EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, QUEDARE EN ESTADO DE INVALIDEZ, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS, SEA SUPERIOR AL SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66%) DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD FUNCIONAL, LA ASEGURADORA RECONOCERA, POR REMBOLSO, Y HASTA POR EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO, LOS GASTOS DE LAS SIGUIENTES ASISTENCIAS TENDIENTES A SU REHABILITACION, TALES COMO:

1. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA
2. VALORACION NUTRICIONAL
3. VALORACION POR PSICOLOGIA Y APOYO FAMILIAR
4. MANEJO POR TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL, DEL LENGUAJE, Y RESPIRATORIA
5. EXAMENES DE DIAGNOSTICO NEUROELECTROFISIOLOGICOS INVASIVOS Y NO INVASIVOS
6. ATENCION GRUPAL DE APOYO
7. ORIENTACION FAMILIAR
8. SERVICIO DE ORIENTACION Y UBICACION LABORAL
9. CURACIONES

10. SUMINISTRO PARA CURACIONES Y TERAPIAS RESPIRATORIAS.

INHABILITACION POR ACCIDENTE:

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DIAS CALENDARIO SIGUIENTES A ESTE, SE CAUSA UNA PERDIDA FISICA O FUNCIONAL DE LAS DESCRITAS A CONTINUACION, DIAGNOSTICADA Y CERTIFICADA MEDIANTE LA HISTORIA CLINICA COMPLETA, LA ASEGURADORA PAGARA LA INDEMNIZACION CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE TABLA:

CLASE DE PERDIDA	% INDEMNIZACION
1. ENAJENACION MENTAL INCURABLE CON IMPEDENCIA FUNCIONAL ABSOLUTA	100%
2. PARALISIS O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	100%
3. CEGUERA COMPLETA EN AMBOS OJOS	100%
4. LA PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
5. SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
6. PERDIDA DEL HABLA	100%
7. PERDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8. PERDIDA COMPLETA DE LA VISION DE UN OJO	50%
9. SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10. PERDIDA DEL BRAZO O DE LA MANO IZQUIERDA	50%
11. PERDIDA DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12. PERDIDA DE UN PIE	40%
13. PERDIDA COMPLETA DEL USO DE LA CADERA	30%
14. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA	30%
15. PERDIDA DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
16. PERDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA O PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL INDICE	25%
17. PERDIDA COMPLETA DEL USO DEL HOMBRO DERECHO	25%
18. COMO MAXIMA INDEMNIZACION POR TRASTORNOS EN LA MASTICACION Y HABLA	25%
19. PERDIDA DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
20. PERDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL INDICE	20%
21. PERDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
22. PERDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
23. FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
24. PERDIDA DEL DEDO INDICE DERECHO	15%
25. PERDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%
26. PERDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
27. PERDIDA DEL DEDO INDICE IZQUIERDO	12%
28. PERDIDA DEL DEDO ANULAR DERECHO	10%
29. PERDIDA DEL DEDO MEDIO DERECHO	10%
30. PERDIDA DEL DEDO ANULAR IZQUIERDO	8%
31. PERDIDA DEL DEDO MEDIO IZQUIERDO	8%
32. PERDIDA DEL DEDO GORDO DE ALGUNO DE LOS PIES	8%
33. PERDIDA DEL DEDO MENIQUE DERECHO	7%
34. PERDIDA DEL DEDO MENIQUE IZQUIERDO	5%
35. PERDIDA DE UNA FALANGE DE CUALQUIER DEDO	3.33%

DEL VALOR ASEGURADO SEÑALADO PARA ESTE AMPARO EN LA CARATULA DE LA POLIZA, SE DEDUCIRA CUALQUIER INDEMNIZACION PAGADA CON FUNDAMENTO EN EL AMPARO DE INHABILITACION POR ACCIDENTE.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DE LA PÓLIZA			
AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES	COD. AGENCIA:	RAMO:	No. PÓLIZA: 994000000005 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR	
NOMBRE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI	IDENTIFICACIÓN: NIT 890399011-3
ASEGURADO: GRUPO ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES	IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

LAS PERDIDAS NO ENUMERADAS EN LA TABLA ANTERIOR SERAN INDEMNIZADAS DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE DE CALIFICACION QUE DETERMINE LA APLICACION DEL REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL. LA PERDIDA DE MIEMBROS U ORGANOS YA IMPOSIBILITADOS ANTES DEL ACCIDENTE DARAN LUGAR A INDEMNIZACION, POR LA DIFERENCIA ENTRE EL ESTADO DE INVALIDEZ QUE REPRESENTARA ANTES Y DESPUES DEL ACCIDENTE

LA INDEMNIZACION TOTAL QUE CORRESPONDA A VARIAS PERDIDAS SUFRIDAS EN UN MISMO ACCIDENTE, SE OBTIENE POR LA SUMA DE LOS PORCENTAJES FIJADOS A CADA UNA DE ELLAS, SIN QUE LA SUMA TOTAL EXCEDA DEL VALOR DE LA INDEMNIZACION POR DESMEMBRACION E INHABILITACION PERMANENTE. CUANDO VARIAS CIRCUNSTANCIAS DERIVADAS DE UN MISMO ACCIDENTE AFECTEN A UN MISMO MIEMBRO U ORGANOS, NO SE ACUMULAN ENTRE SI, SINO QUE LA INDEMNIZACION SE DETERMINA POR LA MAYOR DE DICHAS INHABILIDADES. EN CASO DE CONSTAR QUE EL ASEGURADO ES ZURDO, SE INVERTIRAN LOS PORCENTAJES DE INDEMNIZACION FIJADOS POR LA PERDIDA DE LOS MIEMBROS SUPERIORES.

GASTOS DE TRASLADO:
EN CASO QUE SEA NECESARIO TRASLADAR AL ALUMNO ASEGURADO DEL SITIO DEL ACCIDENTE A ALGUN CENTRO ASISTENCIAL PARA TRATAMIENTO MEDICO O CURACION, LA ASEGURADORA RECONOCERA LOS GASTOS DE TRANSPORTE EN QUE SE HAYA INCURRIDO, HASTA POR LA SUMA CONTRATADA. ESTE AMPARO NO CUBRE LOS GASTOS DE TRANSPORTE QUE SE GENEREN CON POSTERIORIDAD AL ACCIDENTE, COMO POR EJEMPLO, EL TRANSPORTE EN QUE SE INCURRA PARA CONTROLES MEDICOS, TERAPIAS, EXAMENES, ETC. TAMPOCO AMPARA LA MOVILIZACION QUE SE PUEDA GENERAR POR LA ATENCION MEDICA DEDUCIDA POR EL AMPARO DE GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDADES DE POLIOMIELITIS, LEUCEMIA, TETANOS, ESCARLATINA, CANCER Y SIDA

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL:
SE INDEMNIZARA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO SIEMPRE QUE LA MUERTE SE ORIGINE EN UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA. CUANDO SE TRATE DE UN ACCIDENTE DE TRANSITO LA ASEGURADORA INDEMNIZARA EN EXCESO DE LOS VALORES RECONOCIDOS POR EL SOAT.

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE:
EL AMPARO DE GASTOS FUNERARIOS PARA LOS ALUMNOS ASEGURADOS, SE EXTIENDE A MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

5. CLAUSULAS BASICAS:
NO OBSTANTE LO CONTEMPLADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA SE AMPARA LOS SIGUIENTES EVENTOS:

SE CUBRE EL HOMICIDIO POR CUALQUIER CAUSA.
LESIONES CAUSADAS CON ARMAS DE FUEGO, CORTANTES, PUNZANTES, CONTUNDENTES O EXPLOSIVOS.

SE AMPARAN LOS ACCIDENTES OCASIONADOS EN LA PRACTICA DE DEPORTES, COMPETENCIAS DE VELOCIDAD, EXPEDICIONES Y EXPLORACIONES CUANDO ESTAS NO SEAN PROFESIONALES. POR EL USO DE CARRITOS, MOTOS, KARTS, MOTOCICLETAS, MOTONETAS, U OTROS VEHICULOS SIMILARES, COMO CONDUCTOR O ACOMPAÑANTE, SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN PRACTICADOS PROFESIONALMENTE.

LOS PRODUCIDOS POR EMBRIAGUEZ O ALUCINOGENOS.

SE CUBRE POR REEMBOLSO EL ALQUILER DE APARATOS ORTOPEDICOS (A TRAVES DEL AMPARO DE REHABILITACION INTEGRAL) Y LOS MEDICAMENTOS QUE SE GENEREN POR UN ACCIDENTE Y QUE HAYAN SIDO RECETADOS POR EL MEDICO TRATANTE, EN EL EVENTO DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PRESENTE POLIZA (A TRAVES DEL RUBRO DE GASTOS MEDICOS).

ACCIDENTES DE TRANSITO OPERAN EN EXCESO DEL SOAT. MOTINES, HUELGAS, MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS SIEMPRE Y CUANDO NO SEAN LLEVADOS A CABO CON ARMAS QUIMICAS, BIOLOGICAS O NUCLEARES, O EN GENERAL CONMOCCIONES DE CUALQUIER CLASE Y ACTOS DE AUTORIDAD SE OTORGA SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO PARTICIPE DE MANERA ACTIVA EN ELLOS. EN CASO DE DESAPARECIMIENTO DE ALGUN ASEGURADO EN ESTA POLIZA, LA COMPAÑIA PAGARA LA INDEMNIZACION CON LA SOLA PRESENTACION Y ACEPTACION DE LA DEMANDA DE PRESUNCION DE MUERTE POR DESAPARECIMIENTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, PREVIA CONSTITUCION DE LA CAUCION CONSAGRADA EN EL ARTICULO 1145 DEL CODIGO DE COMERCIO. INCLUYE DESAPARICION EN ALGUN RIO O LAGO, O EN EL MAR, O COMO CONSECUENCIA DEL EXTRAVIO, CAIDA NAUFRAGO, ENCALLADURA O SIMILARES

PICADURAS O LAS MORDEDURAS DE ANIMALES.

AHOGAMIENTO

LAS LESIONES QUE LE OCURRAN AL ASEGURADO DURANTE EL VIAJE COMO PASAJERO DE UNA AERONAVE AL SUBIR O BAJAR DE LA MISMA, SEA ORDINARIO ESPECIAL O CONTRATADO SIEMPRE QUE LO REALICE UNA COMPAÑIA DE TRANSPORTE AEREO COLOMBIANA, EXTRANJERA, CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADOS PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COO. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000005** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI** IDENTIFICACIÓN: **MT 890399011-3**
 ASEGURADO: **GRUPO ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES** IDENTIFICACIÓN:
 BENEFICIARIO: **GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

MUERTE O LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO CON OCASION DE HURTO O HURTO CALIFICADO, DEL CUAL HAYA SIDO VICTIMA.
 MUERTE O LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO CON OCASION DE PELEAS Y RIÑAS, DE LAS CUALES HAYA SIDO VICTIMA.

6. CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:

CLAUSULA DE APLICACION DE CONDICIONES PARTICULARES. QUEDA EXPRESAMENTE ACORDADO Y CONVENIDO, QUE LA COMPANIA 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 DECRETOS CONTENIDOS EN LAS CONDICIONES BASICAS TECNICAS OBLIGATORIAS FRENTE A LA PROPUUESTA, LOS TEXTOS DE LOS EJEMPLARES DE LAS POLIZAS, CERTIFICADOS, ANEXOS O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO; PREVALECERA LA INFORMACION Y CONDICIONES ENUNCIADAS EN LAS CONDICIONES BASICAS TECNICAS OBLIGATORIAS ESTABLECIDAS.
 AMPARO AUTOMATICO DE NUEVOS ASEGURADOS HASTA POR EL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL. MEDIANTE ESTA CLAUSULA EL AMPARO QUE OTORGA LA POLIZA SE EXTIENDE A CUBRIR AUTOMATICAMENTE A TODAS LAS PERSONAS QUE ENTREN A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO, DESDE EL MOMENTO EN QUE FIGURAN EN LOS REGISTROS INTERNOS DE LA ENTIDAD.

AVISO DE SINIESTRO:

SE AMPLIAN LOS TERMINOS DEL PERIODO DE AVISO DE SINIESTRO A 60 DIAS CALENDARIO.

PAGO DE INDEMNIZACION

LA COMPANIA DE SEGUROS SE COMPROMETE A PAGAR LA INDEMNIZACION EN UN PERIODO MAXIMO DE 15 DIAS HABILES DESPUES DE DOCUMENTADO EL RECLAMO.

PROTOCOLO PARA TRAMITE DE RECLAMACIONES:

EL OFERENTE DEBERA PRESENTAR DE MANERA DETALLADA Y PRECISA, EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA LA ATENCION DE SINIESTROS DE LOS ESTUDIANTES, SIENDO OBLIGATORIO QUE SE INCLUYA, EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA CUBRIR AUTOMATICAMENTE EL TRASLADO DEL ESTUDIANTE DEL LUGAR DEL ACCIDENTE, AL CENTRO DE ATENCION HOSPITALARIA Y SU REGRESO A SU LUGAR DE ORIGEN, SIN QUE EL ESTUDIANTE DEBA EFECTUAR EROGACION ECONOMICA ALGUNA.

RED DE SERVICIOS PARA LA ATENCION DE LOS SINIESTROS:

LA COMPANIA DE SEGUROS DEBE INDICAR LA RED DE SERVICIOS PARA TRATAMIENTO MEDICO Y HOSPITALARIO CON LA CUAL ACTUALMENTE TIENE CONVENIOS VIGENTES A NIVEL NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y EN LA CIUDAD DE CALI, MEDIANTE UN CERTIFICADO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPANIA, INDICANDO EL NUMERO DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PARA LA CIUDAD DE CALI Y MUNICIPIOS O CORREGIMIENTOS ALEDAÑOS, PRECISAR LOS NOMBRES DE DICHAS ENTIDADES, PREVIO ACUERDO CON EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI.

GASTOS DE TRASLADO:

EN CASO QUE SEA NECESARIO TRASLADAR AL ALUMNO ASEGURADO DEL SITIO DEL ACCIDENTE A ALGUN CENTRO ASISTENCIAL PARA TRATAMIENTO MEDICO O CURACION, LA ASEGURADORA DEBERA RECONOCER LOS GASTOS DE TRANSPORTE EN QUE HAYA INCURRIDO EL CENTRO ASISTENCIAL O INSTITUCION MEDICA, HASTA POR LA SUMA CONTRATADA, PREVIA PRESENTACION DE LAS CUENTAS EN FORMATO ACORDADO ENTRE EL PROVEEDOR Y LA ASEGURADORA, CON LOS SOPORTES DE LA ATENCION MEDICA PRESTADA AL ESTUDIANTE.

LA ASEGURADORA COMO ALTERNATIVA VIABLE, PODRA OFRECER DIRECTAMENTE EL SERVICIO DE TRASLADO MEDIANTE TRANSPORTE PUBLICO (TAXI) DENTRO DE LA ZONA URBANA Y ESTABLECER UN TRANSPORTE IDONEO PARA LA ATENCION DE LOS ESTUDIANTES QUE ESTUDIAN EN LAS ZONAS RURALES Y FUERA DEL PERIMETRO URBANO.
 SE DEBE TENER EN CUENTA QUE EN LA PRESENTACION DE LA OFERTA ESTE SERVICIO DEBERA ESTAR YA IMPLEMENTADO PARA SU OPERACION INMEDIATA.

INFORMES DE SINIESTRALIDAD

LA ASEGURADORA SE COMPROMETE A ENVIAR AL TOMADOR Y AL ASESOR DE SEGUROS, UN INFORME MENSUAL DE SINIESTROS EN MEDIO MAGNETICO (EXCEL) DENTRO DE LOS TRES (3) PRIMEROS DIAS DE CADA MES, DILIGENCIANDO EL FORMATO QUE SE DETALLA EN EL ANEXO NO 13 QUE HACE PARTE DEL PRESENTE PROCESO DE LICITACION DE ASEGURADORAS.

IDENTIFICACION ANTE LAS CLINICAS Y/O CENTROS DE ATENCION:

PARA LA ATENCION DEL ESTUDIANTE ACCIDENTADO EN LAS CLINICAS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE SALUD AFILIADAS AL CONVENIO, SE ADMITIRA EL FORMATO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE ASEGURADO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL DOCENTE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA A LA CUAL PERTENECE EL ESTUDIANTE AFECTADO, CON EL NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE, FORMATO QUE SE DETALLA EN EL ANEXO NO 13 ADJUNTO AL PRESENTE PROCESO DE LICITACION DE ASEGURADORAS.

LAS ATENCIONES PRESENTADAS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES QUE NO PERTENEZCAN AL CONVENIO SE PAGARAN A TRAVES DE REEMBOLSO CON LA PREVIA DEMOSTRACION DE LAS FACTURAS ORIGINALES Y FOTOCOPIA DE LA HISTORIA CLINICA DONDE CONSTE EL MOTIVO DE LA ATENCION.

DOCUMENTOS BASICOS PARA ATENDER UNA RECLAMACION:

LA ASEGURADORA DEBERA ANEXAR LA RELACION DE DOCUMENTOS BASICOS PARA ATENDER LAS RECLAMACIONES POR CADA AMPARO CONTRATADO, VER EN OFERTA PRESENTADA.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000005** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI** IDENTIFICACIÓN: NIT **890399011-3**
 ASEGURADO: **GRUPO ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES** IDENTIFICACIÓN:
 BENEFICIARIO: **GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

MODIFICACIONES:
 SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA SE PRESENTAN MODIFICACIONES EN LAS CONDICIONES GENERALES QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO A FAVOR DEL ASEGURADO, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERAN AUTOMATICAMENTE INCORPORADAS A LA POLIZA, SIEMPRE QUE TAL CAMBIO NO IMPLIQUE UN AUMENTO EN LA PRIMA ORIGINALMENTE FACTADA.

ERROR EN LA DECLARACION DE EDAD.
 QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE CUALQUIER ERROR EN LA DECLARACION DE LA EDAD DE UN ASEGURADO NO SERA TENIDO EN CUENTA EN EL MOMENTO DE INDEMNIZAR UNA PERDIDA, DADO QUE PARA EL CDBRO DE LA PRIMA SE APLICA UNA TASA UNICA.
 ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES. QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE SI EL TOMADOR INCURRIESE EN ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES IMPUTABLES A EL Y 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 LIQUIDARA LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

REPORTE.
 QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE LA POLIZA OPERA POR EL SISTEMA DE REPORTE UNICO ANUAL DE ESTUDIANTES AL INICIO DE LA POLIZA, CON COBRO UNICO DE PRIMA, EXONERANDOSE AL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI DE TENER QUE EFECTUAR REPORTE DE ASEGURADOS.

CONTINUIDAD DE COBERTURA SIN EXIGENCIA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:
 MEDIANTE ESTA CLAUSULA SE OTORGA CONTINUIDAD DE COBERTURA SIN EXIGENCIA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD NI CONDICIONAMIENTOS ESPECIALES, PARA LOS ESTUDIANTES QUE HAYAN ESTADO ASEGURADOS EN LAS POLIZAS.

SINIESTROS:
 EN CASO DE SINIESTRO EL TOMADOR SUSTENTARA LA VINCULACION DE LA PERSONA CON EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI, Y ENVIARA DOCUMENTOS O CERTIFICADOS QUE SUSTENTEN LA FECHA DE INGRESO O MODIFICACION.
 EL CONTROL DE LOS CERTIFICADOS DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS, ESTARA A CARGO DEL TOMADOR. ESTA DESIGNACION SE PRESENTARA JUNTO CON LOS DEMAS DOCUMENTOS EN CASO DE UN SINIESTRO.

EXTENSION DE COBERTURA POR ACCIDENTES ESPECIFICOS:
 EL SEGURO SE EXTIENDE A CUBRIR DE MANERA ADICIONAL A LA COBERTURA BASICA, LA MUERTE ACCIDENTAL, LA DESMEMBRACION O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SE ORIGINE EN:
 - VIAJES DENTRO DE VEHICULOS DE SERVICIO PUBLICO, EXCEPTUANDO AERONAVES
 - VIAJES DENTRO DE UN ASCENSOR EXCEPTUANDO ASCENSORES DE MINAS Y EDIFICIOS EN CONSTRUCCION
 - INCENDIO, ENCONTRANDOSE EL ASEGURADO DENTRO DEL EDIFICIO EN EL MOMENTO DE PRODUCIRSE EL INCENDIO
 - EXPLOSION DE CALDERAS

ATENCION DE SINIESTROS. EL OFRENTE DEBERA PRESENTAR DE MANERA DETALLADA Y PRECISA, EL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE SINIESTROS DE LOS ESTUDIANTES, SIENDO SIENDO OBLIGATORIO QUE SE INCLUYA, EL PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA CUBRIR AUTOMATICAMENTE EL TRASLADO DEL ESTUDIANTE DEL LUGAR DE ACCIDENTE, AL CENTRO DE ATENCION HOSPITALARIA Y SU REGRESO A SU LUGAR DE ORIGEN, SIN QUE EL ESTUDIANTE DEBA EFECTUAR EROGACION ECONOMICA ALGUNA.

APLICATIVO EN LINEA PARA LA ATENCION DE LOS SINIESTROS. LA ASEGURADORA TENDRA A DISPOSICION DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI, UN APLICATIVO SISTEMATICO EN LINEA PARA EL TRAMITE Y ATENCION DE SINIESTROS.

RED DE SERVICIOS PARA LA ATENCION DE LOS SINIESTROS. EL PROponente DEBE PRESENTAR DE MANERA DETALLADA Y PRECISA EL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE LOS SINIESTROS DE LOS ESTUDIANTES, CON LA SOLA PRESENTACION DEL CANET QUE LO ACREDITE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA O EN SU DEFECTO EL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE. LA COMPAÑIA DE SEGUROS DEBE INDICAR LA RED DE SERVICIOS CON LA CUAL ACTUALMENTE TIENE CONVENIOS VIGENTES A NIVEL NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y EN LA CIUDAD DE CALI, MEDIANTE UN CERTIFICADO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑIA, INDICANDO EL NUMERO DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PARA LA CIUDAD DE CALI PRECISAR LOS NOMBRES DE DICHAS ENTIDADES.

7. BIENES E INTERESES EXCLUIDOS:
 EN MATERIA DE RIESGOS EXCLUIDOS EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI, ACEPTA UNICAMENTE LOS EXPRESAMENTE MENCIONADOS COMO EXCLUSIONES ABSOLUTAS DE COBERTURA LAS QUE FIGURAN EN EL TEXTO DEL CONDICIONADO GENERAL DEPOSITADO POR LA ASEGURADORA EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA CON ANTERIORIDAD NO INFERIOR A QUINCE (15) DIAS HABILES AL CIERRE DEL PROCESO (13 DE MARZO DE 2017). SERAN VALIDAS LAS EXCLUSIONES RELATIVAS CONSIGNADAS EN LOS MENCIONADOS CONDICIONADOS GENERALES SOLO CUANDO NO CONTRADIGAN LAS CONDICIONES TECNICAS BASICAS HABILITANTES DEL PRESENTE PROCESO, EN CUYO CASO PREVALECIERAN LAS CONDICIONES TECNICAS BASICAS HABILITANTES.

AMPLIACION DEL PLAZO PARA AVISO DE NO RENOVACION O PRORROGA DE LA POLIZA:
 SE OTORGAN 120 DIAS COMO PLAZO PARA EL AVISO DE NO RENOVACION O PRORROGA.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE ACCIDENTES ESCOLARES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ DIRECTA LICITACIONES

COD. AGENCIA:

RAMO:

Nº. PÓLIZA: 994000000005 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

IDENTIFICACIÓN: MIT 890399011-3

ASEGURADO: GRUPO ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS, COLEGIOS E INSTITUCIONES

IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: GRUPO ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO

IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

MECANISMOS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD:

SE OTORGA UNA (1) CAPACITACIÓN VIRTUAL AL ÁREA DE SEGUROS DEL MUNICIPIO.

SE SUMINISTRARÁN 3.000 VOLANTES EN EL CUAL SE RELACIONARÁ LA INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA.

SE SUMINISTRARÁN 300 AFICHES EN EL CUAL SE RELACIONARÁ LA INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA.

RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA PARA AMIT Y AMCCOPH:

EN CASO DE SER INDEMNIZADA UNA PERDIDA, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE REDUCIRÁ EN UNA SUMA IGUAL AL MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN PAGADA. NO OBSTANTE MEDIANTE ESTA CLÁUSULA SE RESTABLECERÁ AUTOMÁTICAMENTE LA SUMA ASEGURADA, EN LOS EVENTOS DE ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS (AMIT), HUELGA, MOTÍN, ASONADA, COMOCIÓN CIVIL O POPULAR (HMCCP) EN EL MOMENTO EN QUE LOS BIENES PERDIDOS O DAÑADOS SE HAYAN REPARADO O REEMPLAZADO PARCIAL O TOTALMENTE PARA LO CUAL EL ASEGURADO SE COMPROMETE A INFORMAR A LA COMPAÑÍA LA FECHA EXACTA DE REPARACIÓN O REPOSICIÓN DE LOS BIENES AFECTADOS Y A PAGAR LA PRIMA ADICIONAL, CALCULADA A PRORRATA SOBRE EL VALOR DE LA DISMINUCIÓN EN EL TIEMPO QUE FALTE PARA EL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.

SIN DEDUCIBLE.

INSTITUCION		DIRECCION
CENTRO DE ORTOPEdia Y FRACTURAS		AV 2N #21N-65
DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR SA		AV 5 NORTE # 20N-75
CLINICA VERSALLES		AVENIDA 5 A NORTE No. 23-45 / 47
CLINICA VERSALLES		CARRERA 4 No. 9-44B BOLIVAR/YUMBO
SERVICIO DE SALUD INMEDIATO MEDICINA PREPAGADA S.A.		CARRERA 42 No. 5 C 107
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD "COMEDICA"		AV. ROOSEVELT 26-61
ORTOPEDISTAS ASOCIADOS LTDA		CALLE 44 No. 3H-20
RICO SAS. RESONANCIA DE OCCIDENTE		CL 18N # 5N 34
CENTRO MEDICO IP SALUD LTDA.		CARRERA 28 F No. 72U - 62
CLINICA DE OCCIDENTE S.A.		CALLE 18 NORTE # 5N-34
CLINICA SAN FERNANDO S.A		CALLE 5 # 38-48
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFAMILIAR ANDI - COMFANDI		CARRERA 23 No 26 B 46
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA ESE		CALLE 5 NO. 36-08
CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL VALLE DEL CAUCA		KR 38 BIS 5-91
HOSPITAL INFANTIL CLUB NOEL		CALLE 5 # 22-76
HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO		CARRERA 78 CALLE 2 OESTE No. 2 A - 00
ABC COLOMBIA EU AMBULANCIAS		CARRERA 19 No. 33C - 11
FUNDACION IDEAL PARA LA REHABILITACION INTEGRAL JULIO H. CALONJE		CALLE 50 No. 10A-08
CENTRO DE REHABILITACIÓN DEL SUR		CARRERA 38 N° 5B-46
LOPMAN PLUS		Calle 4 no 24c - 78 San Fernando
DENTISALUD		*Carrefour Chipichape Cile 40 nirte No 6AN 45 Local 13
		Horario Lunes a Sabado 9:00am - 8:00pm
		*Carrera 44 No 5a-36
		Horario Lunes a Sabado 7:00am - 8:00pm
AVENIR CIA LTDA		CALLE 50 No. 8-24 Consultorio 305

POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES No 994000000004
EMITIDA PARA EL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

VIGENCIA MARZO 31 DE 2016 A 21 DE MARZO DE 2018

FORMATO DE CERTIFICACION DE ESTUDIANTE ASEGURADO

Señor Servidor Público o Docente, por favor tener en cuenta lo siguiente:

1. Tratándose de accidentes ocurridos al interior de la Institución Educativa en la jornada escolar, los servicios que se prestan mediante la póliza de accidentes escolares sólo aplica cuando el estudiante sufre un accidente encontrándose en los predios de la institución Educativa, o fuera de ellos, siempre y cuando esté ejecutando alguna actividad en representación de ella.
2. Por favor presente este formato diligenciado ante cualquiera de las instituciones de la red médica proporcionada por Aseguradora Solidaria o si desea conocer que Institución puede atenderlo por favor comuníquese al #789, desde cualquier operador móvil; o a la línea gratuita 018000512021 a Nivel Nacional, o al 0312916868
3. Acompañe al estudiante a la Institución Médica y estando allí solicite la atención por accidente; la institución médica validará la cobertura y servicios de acuerdo con las condiciones técnicas otorgadas.
4. Diligencie la siguiente información y haga entrega de este formato a la Institución Médica:

Nombre de la Institución Educativa: _____

Nombre del Rector de la Institución Educativa: _____

Teléfono de la Institución Educativa: _____

Nombre y firma del Docente que certifica que el estudiante accidentado que está solicitando la atención médica es alumno de la Institución Educativa:

Nombre

Firma

Nombre del Estudiante: _____

Lugar y Fecha del Accidente: _____

Número de identificación del estudiante: _____

Nombre y Teléfonos contacto del estudiante:

Nombre

Teléfonos

CONSTANCIA DE TRASLADO DE ESTUDIANTE ASEGURADO
POLIZA DE ACCIDENTES ESCOLARES No 994000000004
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

MEDIANTE EL PRESENTE FORMATO SE DEJA CONSTANCIA QUE SE PRESTO EL SERVICIO DE TRASLADO DEL ESTUDIANTE ASEGURADO DE ACUERDO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

FECHA EN QUE SE PRESTO EL SERVICIO DE TRASLADO:	
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE Y LESION OCASIONADA:	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE:	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE QUE LO TRASLADA:	
TELÉFONO O NUMERO DE CELULAR DEL ACOMPAÑANTE QUE LO TRASLADA:	
ORIGEN (NOMBRE DEL COLEGIO Y/O INSTITUCION EDUCATIVA DEL MUNICIPIO) Y DESTINO DESDE DONDE SE TRASLADO AL ESTUDIANTE:	
VALOR DEL SERVICIO DE TRASLADO:	\$

FIRMA DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑO AL ESTUDIANTE	
--	--

GASTOS MÉDICOS:

- Para la atención del estudiante afectado que requiera asistencia médica por un accidente, este podrá dirigirse a cualquiera de las instituciones médicas en convenio con aseguradora solidaria e.c. y solicitar el servicio, para tal fin debe presentar el formato de identificación de estudiante asegurado debidamente diligenciado y firmado por el docente de la institución educativa.
- En caso de no tener el listado de instituciones médicas podrá comunicarse desde la institución educativa en forma gratuita desde celular al #789 o desde línea telefónica al 0312916868 o gratis a 018000512021 y solicitar esta información.

GASTOS DE TRASLADO (Costo asumido por la entidad médica):

- En caso que sea necesario trasladar al alumno asegurado del sitio del accidente a algún centro asistencial para tratamiento médico o curación, Aseguradora Solidaria reconocerá los gastos de transporte en que haya incurrido el centro asistencial o institución médica de convenio, hasta por la suma contratada.
- Para tal fin el estudiante asegurado al llegar a la institución médica deberá suministrar:
- El formato de identificación del estudiante, totalmente diligenciado.
- El Formato de Traslado del Estudiante, totalmente diligenciado.
- De quien lo traslado, soporte de pago (recibo de caja o factura por el servicio prestado)
- **Nota:** es importante que el traslado guarde relación con un accidente, no se reconocen valores relacionados por ejemplo con afección de enfermedad común.
- La institución médica para el pago solicitará la debida autorización al call center de la de la aseguradora educativa en forma gratuita desde celular al #789 o desde línea telefónica al 0312916868 o gratis a 018000512021 y solicitar el código de autorización.
- **GASTOS DE TRASLADO (Asumidos por persona diferente a la institución médica):**
- En caso de que los gastos de traslado sean asumidos por una persona diferente a la Institución Médica de Convenio, estos gastos se reconocerán por reembolso, para tal fin se deberán hacer llegar los siguientes documentos a través de la Oficina de Seguros del Municipio de Cali ubicada en el Piso 16 CAM Torre Alcaldía, Dr. Hernán Alvarez.
- El formato de identificación del estudiante, totalmente diligenciado.
- El Formato de Traslado del Estudiante, totalmente diligenciado.
- De quien lo traslado, soporte de pago (recibo de caja o factura por el servicio prestado)

- Código de autorización, el cual debe solicitar al call center de la aseguradora educativa en forma gratuita desde celular al #789 o desde línea telefónica al 0312916868 o gratis a 018000512021 y solicitar esta información.
- Copia de la historia Clínica.
- **Nota:** es importante que el traslado guarde relación con un accidente, no se reconocen valores relacionados por ejemplo con afección de enfermedad común.
-

PÓLIZA ESTUDIANTEL

AMPARO ASOCIADO POR EL SINIESTRO

HOMICIDIO/MUERTE ACCIDENTAL	GASTOS FUNERARIOS
Carta de reclamación (listado de los documentos que anexa)	Carta de reclamación (listado de los documentos que anexa)
Registro Civil de Nacimiento autenticado del asegurado	Certificado de Defunción autenticado
Fotocopia de la Tarjeta de Identidad	
Certificado de estudio con estampillas	Copia de la Cédula de Ciudadanía de los beneficiarios
Certificado de Defunción autenticado	Copia de la Tarjeta de Identidad del estudiante
Copia acta del levantamiento del cadáver	certificado estudiantil del estudiante con estampillas
Copia del certificado médico de necropsia	Registro Civil de Nacimiento autenticado del asegurado
Formulario Sarlaft	
Copia de la cédula de Beneficiarios	Formulario Sarlaft
Registro Civil de Nacimiento de los beneficiarios	
Si el estudiante es mayor de 14 años, presentar Declaración Extrajuicio manifestando si tiene o no hijos y esposa (O)	
Certificación Bancaria	