



**POSITIVA**  
COMPANÍA DE SEGUROS  
Nit: 860.011.153-6

## ACCIDENTES PERSONAL.GENERACION POS.(INN)

Nro.3100004997-0

Anexo de Póliza nº 9

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO		TIPO DE DOCUMENTO	
SUCURSAL ANTIOQUIA	27/01/2016	DESDE LAS 24 HORAS 16/11/2014	HASTA LAS 24 HORAS 24/02/2016	Copia de Póliza	
DATOS TOMADOR					
NOMBRE MUNICIPIO DE ITAGUI		DOCUMENTO NIT 8909800938			
DIRECCIÓN CARRERA 51 51 55		TELÉFONO + + + + + 3737676			
ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO		BENEFICIARIOS LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY			
PLANES CONTRATADOS					
PLANES		VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA	ASEGURADOS	
PLAN UNICO					
Muerte Accidental		\$ 10,000,000.00	\$ 202,982,715.00	36705	
Muerte por Cualquier Causa		\$ 10,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Invalidez Accidental y/o Desmembración		\$ 10,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Rehabilitación integral por Invalidez		\$ 16,068,000.00	\$ 0.00	36705	
Gastos Médicos		\$ 2,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Auxilio Funerario por Muerte Accidental		\$ 1,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Enfermedades Tropicales Infecciosas		\$ 2,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Enfermedades Amparadas		\$ 2,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Gastos de Traslado por Eventos no Accidentales		\$ 150,000.00	\$ 0.00	36705	
Gastos de Traslado por Accidente		\$ 150,000.00	\$ 0.00	36705	
Auxilio Educativo por Muerte de Padres		\$ 100,000.00	\$ 0.00	36705	
Auxilio Funerario por Muerte no Accidental		\$ 1,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Servicio de Ambulancia Aérea		\$ 16,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Auxilio por Desempleo de Padres		\$ 1,000,000.00	\$ 0.00	36705	
Prima Emisión Anual A Pagar \$9,174,360					
DEFENSOR DEL CLIENTE: Dr. Jorge Humberto Martínez Luna Bogotá Calle 86 No. 19C-30 OFICINA 202. Bogotá D.C. Teléfono 2365289 e-mail: defensor@positiva.gov.co o defensorsuplente@positiva.gov.co					
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 DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.					
EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN A LOS VEINTISIETE (27) DÍAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECISEIS (2016)					
INTERMEDIARIOS			DISTRIBUCIÓN		
CLAVE	NOMBRE	% PART	CÓDIGO	COMPAÑIA	% PART
400034617	SANIIN ALIANZA LTDA	100%			
FIRMA POSITIVA			FIRMA DEL TOMADOR		