





COLECTIVO DE VIDA, SALUD Y ACCIDENTES PERSONALES

EXPECTATIVAS

- ✓ ¿Qué esperan del curso?
- ✓ ¿Qué no me gustaría?
- ✓ ¿Cuál será mi aporte?

OBJETIVOS

- ✓ Saber qué es un Seguro Colectivo.
- ✓ Conocer cuáles son las Ventajas y Desventajas de un Seguro Colectivo.
- ✓ Identificar cuáles son los requisitos necesarios para cotizar.
- ✓ Conocer los objetivos de un Seguro Colectivo de Vida.
- ✓ Conocer las coberturas que pueden incluirse en un Colectivo de Vida.

¿Qué es un Seguro Colectivo?



Es un contrato temporal en virtud del cual se protege a un grupo de personas vinculadas entre sí bajo un interés común, ya sea por su ocupación o lugar de trabajo, sin necesidad de examen médico obligatorio (dependiendo de la suma asegurada) y siempre y cuando el grupo asegurable esté constituido por lo menos del 75% de los miembros que lo forman.

En un Seguro Colectivo

- ✓ Se emite una sola póliza a nombre de una persona jurídica.
- ✓ A los miembros del Seguro se le entregan:
 - **Vida Colectivo:** Certificado de Vida
 - **Salud Colectivo:** Carnet de Salud digital.
- ✓ El pago de la póliza se realiza a través de un solo recibo.
- ✓ El contrato de seguro está formado por la solicitud del contratante, póliza, anexos/endosos.

En ASSA Compañía de Seguros

- ✓ Es elegible un grupo de mínimo 50 asegurados principales.
- ✓ Deben ser colaboradores permanentes a tiempo completo (no son elegibles personal temporal).
- ✓ Es obligatorio tomar Seguro Colectivo de Vida para poder optar por un Seguro Colectivo de Salud.
- ✓ Patrono (Contratante) debe participar al 100% de las tarifas de vida y salud del grupo.

El costo del Seguro puede ser pagado de dos formas

❖ **Contributorio:** Pagado por los Colaboradores.

❖ **No Contributorio:** Pagado por le empresa.



Ventajas de un Seguro Colectivo

- ✓ Primas más bajas.
- ✓ Generalmente no requiere presentar exámenes médicos ni pruebas de asegurabilidad para tomarlo. (dependerá de la cantidad de asegurados)
- ✓ En el caso de vida dependerá de la suma asegurada y edad de la persona: Generalmente se solicita examen médico si se encuentra por arriba de los \$150,000.
- ✓ La ocupación de un individuo en particular no se convierte en factor de recargo de primas.
- ✓ Los planes pueden ser elaborados a la medida del cliente por lo que son mucho más flexibles en las coberturas.

Desventajas de un Seguro Colectivo

- La cobertura es generalmente baja.
- Generalmente se requiere un mínimo de 75% de membresía para poder tener un plan colectivo.
- En casos de alta siniestralidad puede que se opte por recargar las primas de todos los integrantes del plan.

REQUISITOS NECESARIOS PARA COTIZAR

- Nombre de la Compañía.
- Descripción del Giro del negocio.
- Listado del personal elegible por clases.
- Nombre o sexo.
- Edad o fecha de nacimiento.
- Si tiene o no tiene dependientes.
- Si es por Salario (señalar el mínimo y el máximo de la suma asegurada).

Información de siniestralidad previa:

(Si fuera el caso para la Continuidad de Cobertura)

- Aseguradora Actual.
- Siniestralidad (Primas vs Reclamos de mínimo 2 años).
- Total de Primas de salud pagadas en el período (Mínimo 2 años).
- Total de Reclamos de salud pagados en el período (Mínimo 2 años).
- Breve detalle de los beneficios del plan vigente.
- Informar de casos preexistentes catastróficos o recurrentes.

➤ **Mínimo de 50 asegurados principales.**

GRUPOS NO ELEGIBLES

Grupos que generalmente no son elegibles o se revisan con mucha cautela:

- ✓ Buzos
- ✓ Circos
- ✓ Guardias de seguridad
- ✓ Recolectores de basura
- ✓ Taxis
- ✓ Grupos sociales





COLECTIVO DE VIDA

OBJETIVOS DE UN SEGURO COLECTIVO DE VIDA

- Proveer protección de las pérdidas económicas que puedan causar la muerte de una persona a sus beneficiarios sobrevivientes.
- Mediante coberturas opcionales se cubren lesiones sufridas por el asegurado.



COBERTURAS QUE PUEDEN INCLUIRSE

- Seguro Básico de Vida / Suma Principal por Muerte (*Indispensable*)
 - Sumas nominales o veces el salario: 12, 24, 36.
 - Principal exclusión el suicidio durante el primer año de cobertura.
 - Cobertura reduce al 50% a los 65 años.
 - Cobertura termina a la edad de 70 años (generalmente).
- Muerte Accidental y Desmembramiento (Clasificación de los riesgos).
- Triple Indemnización.
- Adelanto por gastos de sepelio (**10% de la suma asegurada y/o \$2,000**).
- Adelanto para gastos de repatriación.

COBERTURAS QUE PUEDEN INCLUIRSE

- Adelanto del capital asegurado para el cuidado del asegurado / enfermedad terminal **(35% de la suma asegurada)**.
- Incapacidad total y permanente: *termina a la edad de 60 años*.
- Gastos médicos por accidente: *termina a la edad de 65 años*.
- Seguro adicional de indemnización en caso de enfermedad por cáncer.
- Cobertura de Vida para Dependientes.

CONCEPTOS IMPORTANTES

- **Conversión:** Opción que determina el cambio de una póliza colectiva a una individual en un período no mayor de treinta (30) días desde su terminación.
- **Tenedor de la Póliza:** Persona encargada de negociar, tramitar como intermediario entre la compañía de seguros y la empresa que desea contratar una póliza de seguro para sus empleados (generalmente el jefe de recursos humanos).
- **Beneficiario Principal:** Persona designada para recibir el producto de la póliza, en primera instancia, según lo estipulase el asegurado, cuando ocurra su muerte.
- **Beneficiario Contingente:** Beneficiario alternativo designado para recibir el pago, en caso de que el beneficiario principal muera antes que el asegurado.
- **Disputabilidad:** Es el derecho que tiene la Compañía para no hacer válidas las coberturas e indemnización de las mismas al Asegurado o beneficiarios, cuando el Asegurado le ha proporcionado a la Compañía información falsa o inexacta o ha omitido proporcionarle información solicitada por la Compañía, sobre factores relevantes para la selección de riesgo.



COLECTIVO DE SALUD

¿Qué es un Seguro de Salud?

Es aquella póliza que protege sobre los gastos incurridos por tratamientos médicos y de hospitalización ocasionados por accidentes o enfermedades.

Este tipo de seguro constituye una alternativa a la deteriorada prestación pública de los servicios de salud.



Factores que influyen en el Costo del Seguro de Salud

Costo promedio de las prestaciones médicas en el mercado

Gastos de Adquisición y Administrativos

Reservas Legales

Reaseguro

Frecuencia en el pago de indemnizaciones por tipo de reclamo

Factores que influyen en el aumento de las prima en la renovación:

- ✓ **Avances tecnológicos**
- ✓ **Costos inflacionarios**
- ✓ **Alta siniestralidad**

¿Qué es siniestralidad?

Reclamos/Primas = Punto de Equilibrio 65%

¿Por qué 65%?

Comisión del corredor: 10%
Impuesto de Seguro: 5%
Gastos Administrativos: 15%
Ganancia: 5%

COBERTURAS

- ✓ **Hospitalización**
 - Cuarto y Alimentación
 - Cuidados Intensivos
 - Servicios Especiales de Hospital
- ✓ **Urgencia por Enfermedad o Accidente**
- ✓ **Gastos Médicos Ambulatorios**
 - Consulta Médica
 - Medicinas
 - Laboratorios y Rayos X



COBERTURAS

- ✓ **Cirugías Ambulatorias**
- ✓ **Co-Aseguro**
- ✓ **Stop Loss o Límite de Co-Aseguro (Desembolso máximo anual)**
- ✓ **Maternidad**



TERMINOS MAS COMUNES

<i>Asegurador</i>	<i>Contratante</i>	<i>Asegurado Principal</i>
<i>Dependientes</i>	<i>Máximo Vitalicio</i>	<i>Accidente</i>
<i>Co-Aseguro</i>	<i>Costos Razonables</i>	<i>Co-pago</i>
<i>Cuarto Privado</i>		<i>Prueba de Asegurabilidad</i>
<i>Cuarto <u>Semi-Privado</u></i>		<i>Período de Espera</i>
<i>Deducible</i>		<i>Coordinación de beneficios</i>
<i>Privilegio de Conversión</i>		<i>Pre-Autorización</i>
	<i>Anual Renovable</i>	

1. **Co-pago:** Es el pago mínimo parcial que le corresponde al asegurado cuando utiliza un proveedor de red.
2. **Costos Razonables:** Es aquel cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores, por el mismo o similar servicio suministrado dentro de una zona geográfica en la que fue prestado el servicio.
3. **Privilegio de Conversión:** Pasar de un colectivo a póliza individual con continuidad de cobertura.
4. **Deducible:** se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del asegurado y debe cubrirse por año calendario.
5. **Alta Siniestralidad:** Resultados técnicos que reflejan cifras negativas.
6. **Preexistencia:** Enfermedad o accidente que haya sido tratado antes de la vigencia de la póliza solicitada.
7. **Co-aseguro:** Es la parte proporcional sobre los gastos cubiertos que el asegurado debe asumir una vez aplicado el deducible si lo hubiese.
8. **Máximo Vitalicio:** Límite Máximo de indemnización que se otorga a cada asegurado a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza durante la vigencia de la misma.
9. **Cirugía Ambulatoria:** Es el acto médico quirúrgico de poca complejidad que se realiza en consultorio o sala de cirugía menor; bajo anestesia, sedación o anestesia local.
10. **Dependiente:** Se refiere al cónyuge legítimo y/o hijos solteros que tienen cobertura de seguro bajo el asegurado principal.



COLECTIVO DE SALUD

FORMULARIOS DE SUSCRIPCIÓN



COLECTIVO DE SALUD

F-PRO-15, V1.1

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS - BREVE

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo completa, sólo por el área de Productos Vida para la recolección de los datos principales del cliente. Los datos de esta solicitud serán utilizados para la emisión de la póliza solicitada por el cliente.

Favor completar todos los espacios con bolígrafo y en letra molde. No se aceptarán solicitudes con tachones o líquido corrector.

Tipo de Movimiento:
Nuevo: ☐
Inclusión Dependientes: ☐

Póliza de Vida N°: Póliza de Salud N°: Certificado N°:

DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL ASEGURADO PRINCIPAL	
Nombres: <input type="text"/>	
Apellidos: <input type="text"/>	
Cédula/Pasaporte: <input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento: <input type="text"/>	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	
Dirección Residencial: <input type="text"/>	
Teléfono Res: <input type="text"/> Celular: <input type="text"/>	
Correo electrónico: <input type="text"/>	
¿Tiene otra póliza de Salud o Vida? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Compañía de Seguros: <input type="text"/>	
Asegurado: <input type="text"/>	
N° de Póliza: <input type="text"/>	

DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL PATRONO	
Empleador: <input type="text"/>	
Fíli: <input type="text"/> Clase: <input type="text"/>	
Dirección laboral: <input type="text"/>	
Teléfono Oficina: <input type="text"/> Ocupación: <input type="text"/>	
Fecha de Empleo: <input type="text"/>	
Salario mensual: <input type="text"/>	

INFORMACIÓN DE ASEGURADO (S) DEPENDIENTE (S) A SER INCLUIDOS CON COBERTURA DE SALUD						
Nombres/Apellidos		Sexo	Fecha de Nacimiento		Edad	País de Nacimiento
Cónyuge		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Día Mes Año			
Hijo (s)		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Día Mes Año			
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
COBERTURA COLECTIVO DE VIDA (Solo si aplica)						
Beneficiario (s) Principal (es)		Edad	SUMA ASEGURADA: \$		Cédula	%
Beneficiario (s) Contingente (s)		Edad	Parentesco		Cédula	%
Si al momento de mi muerte mi beneficiario es menor de edad, el producto de mi Póliza deberá entregarse a:						
Nombre (s)		Edad	Parentesco		Cédula	%

Si uno de los beneficiarios principales no viviere o no quisiera o no pudiere recibir su parte, ésta acrecentará la del otro y otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, si fuere el caso. Cualquier cambio de beneficiario será efectivo y oponible a ASSA Compañía de Seguros, S.A., en adelante La Compañía, única y exclusivamente cuando hubiere sido notificado por escrito a esta última y registrado en los archivos de La Compañía. La Compañía no será responsable por pagos efectuados o acciones tomadas con anterioridad a la fecha en que se haga efectivo el cambio de beneficiario.

FORMULARIO

CORTO

(Grupos mayores de 75 asegurados principales y/o con continuidad de cobertura)

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS Y VIDA

F-PRO-19, V2

Política de Privacidad de Datos: La información contenida en este documento será utilizada, bajo consentimiento de quien lo complete, sólo por el área de Productos Vida para la recolección de los datos principales del cliente. Los datos de esta solicitud serán utilizados para la emisión de la póliza solicitada por el cliente.

Favor completar todos los espacios con bolígrafo y en letra molde. No se aceptarán solicitudes con tachones o líquido corrector

Tipo de Movimiento:
 Nuevo: ☐
 Inclusión Dependientes: ☐

Póliza de Vida N°: _____ Póliza de Salud N°: _____ Certificado N°: _____

Datos para ser completados por el Asegurado Principal

Nombre(s): _____
 1er Nombre: _____ 2do Nombre: _____
 Apellidos: _____
 1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____ de Canada: _____
 Cédula/Paseporte: _____ Sexo: ☐ M ☐ F ☐
 Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
 Día: _____ Mes: _____ Año: _____ País de Nacimiento: _____
 Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Vuelto ☐ Divorciado ☐
 Dirección Residencial: _____
 País/Hoy: _____ Urb: _____
 Calle: _____ Apt/Casa: _____
 Teléfono Res: _____ Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Estatura: _____ Mts.: _____ Peso: _____ Lbs.: _____
 ¿Tiene otra póliza de Salud o Vida? ☐ Si ☐ No ☐
 Compañía de Seguros: _____ Asegurado: _____
 N° de Póliza: _____
 ¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEP³? ☐ No ☐ Si

INFORMACIÓN DE ASEGURADO (S) DEPENDIENTE (S) A SER INCLUIDOS CON COBERTURA DE SALUD

Nombre(s)/Apellidos	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	País de Nacimiento	Estatura (Mts)	Peso (Lbs)	Cédula/Paseporte
Conyuge	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Día: _____ Mes: _____ Año: _____					
Hijo (s)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Día: _____ Mes: _____ Año: _____					

¿Alguno de los dependientes es una Persona Expuesta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEP³?
☐ No ☐ Si, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre _____

COBERTURA COLECTIVO DE VIDA (Sólo si aplica)

Beneficiario (s) Principal (es)	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

Beneficiario (s) Contingente (s)

Beneficiario (s) Contingente (s)	Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	%

¿Alguno de los beneficiarios PRINCIPALES o CONTINGENTES es una Persona Expuesta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEP³?
☐ No ☐ Si, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre _____

Si uno de los beneficiarios principales no viviere o no quisiera o no pudiere recibir su parte, ésta acrecentará la del otro y otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, si fuere el caso. Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza será pagado a _____ con cédula de identidad personal No. _____ o en su defecto a _____ con cédula de identidad personal No. _____

COLECTIVO DE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES (DATOS DEL BANCO)

Nombre de la cuenta:	Banko:	
N° de la cuenta:	Tipo de cuenta:	Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Firma:	Cédula:	
Correo electrónico:		

(Importante para que reciba la hoja de Liquidación de los reclamos presentados, objeto del pago efectuado a su cuenta)

CUESTIONARIO DE SALUD

PROVEA EXPLICACIÓN COMPLETA DE CUALQUIER CONDICIÓN ABAJO INDICADA. SI ES NECESARIO ADJUNTE HOJAS ADICIONALES. SOLO CONTESTAR SI o NO.

	Principal	Conyuge	Hijos
	Si	No	Si
1. ¿Es usted miembro de cualquier fuerza militar o en los últimos años ha practicado o piensa practicar alguna forma de aviación privada o actividad peligrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez, su seguro de Vida, Accidentes o Enfermedades ha sido rechazado, cancelado, recargado, modificado o negado su rehabilitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALGUNAS VECES HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR:			
3. ¿Alteraciones del estómago, intestino, recto, hemorroides, hernia, hígado, páncreas, colitis, úlcera o vesícula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Artritis, artritis deformante, reumatismo, gota, vórtices o pediculaciones de la espina dorsal, lumbalgia o ciática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Socio, alteraciones de la tiroides, inflamación de nódulos tiroideos, diabetes, sangre o azúcar en la orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cálculo o alteración en los riñones o vejiga, frecuencia urinaria o ardor o cualquier pediculación renal del sistema urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cáncer, quistes o tumores, u otro tipo de infección catastrófica: distrofia muscular, poliomielitis, esclerosis múltiple, reña, esclerosis, malaria, tuberculosis, difteria, meningitis, tétano, viruela o encefalitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Cataratas, glaucoma, pterigion, cataratas, ceguera parcial o total y/o cualquier otra alteración de los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Epilepsia, enfermedades mentales o nerviosas, neurálgias, alteración del hígado, mareos, desmayos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Patología cardíaca (infarto, angina de pecho, arritmia, etc.), alteraciones de la presión arterial, anemia, sistema circulatorio o fiebre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida (SIDA) o complicación relacionada al SIDA (CRS) o prueba positiva de sangre que indica que hay anticuerpos del virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tuberculosis, enfermedades pulmonares, rinitis, asma o bronquitis, fiebre, enfriamiento u otra infección respiratoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Cualquier desorden de la piel, micosis, herpes o conjunturas, articulaciones, lupus eritematoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alteraciones o desorden de los oídos, incluyendo oído medio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Problemas en la sangre, anemia falciforme, hemorragias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Tratamiento por infertilidad, aborto natural o inducido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Tratamientos quirúrgicos o de los senos, ovarios, útero, trompas de Falopio, cervix, vagina, órganos reproductivos y otro(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Desórdenes del pene, testículos, próstata, pene, varicocele, circuncisión, órganos reproductivos u otro(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Enfermedades transmitidas sexualmente, gonorrea, sífilis, clamidia u otro(s) de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Fuma actualmente o tomó drogas adictivas? ¿Desde cuándo? Cantidad diaria:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Está Ud. Embarazada? Meses: _____ Fecha probable de parto:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS HA:			
22. ¿Consultado, sido examinado o tratado por algún médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Realizado examen de Rayos X, electrocardiograma, exámenes de rutina, prueba de laboratorio u otro estudio? Favor indicar los RESULTADOS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Sido internado o tratado en una clínica, hospital o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Tenido o sugerido una cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Recibido tratamiento por alguna enfermedad, condición o padecimiento no indicado en este cuestionario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

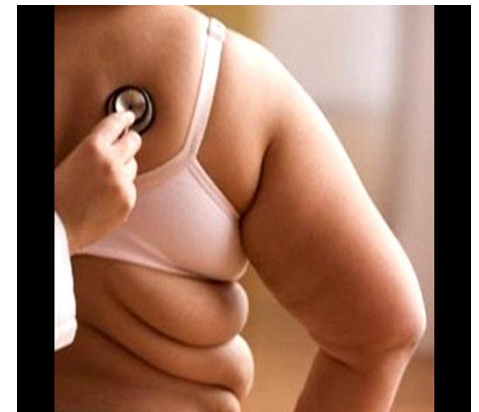
En el espacio que sigue favor incluir detalles de las respuestas afirmativas de las preguntas 1-26 (Usar papel adicional si es necesario)

N°	Nombre de la Persona	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha	Tratamiento	Fecha de recuperación	Nombre del médico o Institución médica

Prueba de Asegurabilidad aplica para grupos menores de 75 asegurados principales.

Motivos más comunes para determinar que una persona no es asegurable:

- ✓ Fuera de la edad elegible.
- ✓ Sobrepeso.
- ✓ Persona que ha sido diagnosticada con Cáncer.
- ✓ Persona diagnosticada con Diabetes.
- ✓ Persona con problemas Cardiacos Severos.





ACCIDENTES PERSONALES



COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

**LA PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES BRINDA ASISTENCIA MÉDICA
Y/O INDEMNIZACIÓN EN CASO DE LESIONES O MUERTE ACCIDENTAL**

Principales Coberturas:

- ✓ Muerte Accidental.
- ✓ Gasto de Traslado por Accidentes (Ambulancia).
- ✓ Invalidez Total y Permanente por accidente.
- ✓ Desmembramiento según tabla de indemnización.
- ✓ Homicidio Involuntario (Culposo).
- ✓ Adelanto de Gastos Funerarios.
- ✓ Gastos Médicos por Accidentes (10% de la suma asegurada).



COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

REQUISITOS PARA COTIZAR ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

- ✓ Nombre de la Compañía
- ✓ Corredor de seguros
- ✓ Coberturas deseadas
- ✓ Tipo de trabajo del personal a asegurar
- ✓ Suma asegurada
- ✓ Periodo de vigencia (Anual, semestral, periodo corto)
- ✓ Cantidad de personas

Mínimo de 2 personas para emitir colectivo.

REQUISITOS PARA COTIZAR ACCIDENTES PERSONALES ASIENTO

- ✓ Nombre del solicitante (persona natural o jurídica)
- ✓ Corredor de seguros.
- ✓ Cantidad de asientos/ Registro Vehicular.

Esta cobertura aplica únicamente para vehículo de uso comercial que esté asegurado por la póliza de automóvil con ASSA.



COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

REQUISITOS PARA COTIZAR ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES

- ✓ Nombre del Colegio
- ✓ Siniestralidad últimos 2 años.
- ✓ Cuadro de Beneficios Actuales.
- ✓ Primas actuales.
- ✓ Cantidad/ Listado de estudiantes.

RENOVACIONES

- ✓ Escolar: listado de estudiantes actualizado
- ✓ Colectivos declarativos: listado de colaboradores
- ✓ Asiento: renovación automática



PREGUNTAS Y RESPUESTAS



GRACIAS POR SU ATENCIÓN!