





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 la 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.





COLECTIVO DE VIDA

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.



COLECTIVO DE VIDA

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, tramar 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 alterno 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.

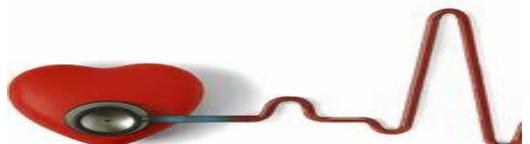


COLECTIVO DE SALUD

¿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



COLECTIVO DE SALUD

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

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



COLECTIVO DE SALUD

¿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**





COLECTIVO DE SALUD

TERMINOS MAS COMUNES

Asegurador

Contratante

Asegurado Principal

Dependientes

Máximo Vitalicio

Accidente

Co-Aseguro

Costos Razonables

Co-pago

Cuarto Privado

Prueba de Asegurabilidad

Período de Espera

Cuarto Semi-Privado

Deductible

Coordinación de beneficios

Privilegio de Conversión

Pre-Autorización

Anual Renovable



COLECTIVO DE SALUD

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. **Deductible:** 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



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

F-PRO-15. V1.1

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 de 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 molido. No se aceptarán solicitudes con tachones o líquido corrector.

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Póliza de Vida N°: | Póliza de Salud N°: | Certificado N°: | Nuevo: | | | |
| DATOS PARA SER COMPLETADOS POR EL ASEGURADO PRINCIPAL | | Inclusión Dependientes: | | | | |
| Nombres: | | Empleador: | | | | |
| Apellidos: | | 1er Nombre | 2do. Nombre | | | |
| | | 1er Apellido | 2do. Apellido | | | |
| | | A. Casado | | | | |
| Cédula/Pasaporte: | | Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | / / | País de Nacimiento | | | |
| Estado Civil: | | Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> | | | | |
| Dirección Residencial: | | País/Prov. | Urb. | | | |
| | | Dirección | | | | |
| | | País/Prov. | Urb. | | | |
| | | Dirección | | | | |
| Teléfono Res: | | Calle | Apt/Oficina | | | |
| Correo electrónico: | | Celular: | | | | |
| ¿Tiene otra póliza de Salud o Vida? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | |
| Compañía de Seguros: | | | | | | |
| Asegurado: | | | | | | |
| Nº de Póliza: | | | | | | |
| INFORMACION DE ASEGURADO (S) DEPENDIENTE (S) A SER INCLUIDOS CON COBERTURA DE SALUD | | | | | | |
| Nombres/Apellidos | | Sexo | Fecha de Nacimiento | Edad | País de Nacimiento | Cédula/Pasaporte |
| Conyuge | | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | Day | Month | Year | |
| Hijo (s) | | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | Day | Month | Year | |
| | | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| | | M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| COBERTURA COLECTIVO DE VIDA (Solo si aplica) | | | | SUMA ASEGURADA: \$ | | |
| Beneficiario (s) Principal (es) | | Edad | Parentesco | | Cédula | % |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Beneficiario (s) Contingente (s) | | Edad | Parentesco | | Cédula | % |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Si al momento de mi muerte mi beneficiario es menor de edad, el producto de mi Poliza deberá entregarse a: | | | | | | |
| Nombre (s) | | Edad | Parentesco | | Cédula | % |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Si uno de los beneficiarios principales no viviere o no quisiere 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 fuera el caso.

Cualquier cambio de beneficiario será efectivo y oponible a AGBA Compañía de Seguros, S.A., en adelante La Compañía, únicamente cuando hubiese 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.



COLECTIVO DE SALUD

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 mayúscula. No se aceptarán solicitudes con tachones o líquido corrector.

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

Datos para ser completados por el Asegurado Principal

Nombres: _____ 1er Nombre _____ 2do Nombre _____

Apellidos: _____ 1er Apellido _____ 2do Apellido _____ de Casado _____

Cédula/Pasaporte: _____ Sexo: M F

Fecha de Nacimiento: / / / País de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

Dirección Residencial: _____ País/Prov.: _____ Urb.: _____

Teléfono Res: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Estatura: _____ Mts. _____ Peso: _____ Lbs. _____

¿Tiene otra póliza de Salud o Vida? Si No Asegurado: _____

Compañía de Seguros: _____ N° de Póliza: _____

¿Es usted una Persona Exenta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEPI? No Sí

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

| Nombres/Apellidos | Sexo | Fecha de Nacimiento | Edad | País de Nacimiento | Estatua (Mts) | Peso (Lbs) | Cédula/Pasaporte |
|-------------------|------|---------------------|------|--------------------|---------------|------------|------------------|
|-------------------|------|---------------------|------|--------------------|---------------|------------|------------------|

| Conyuge | | Day | Mes | Año |
|---------|--|-----|-----|-----|
|---------|--|-----|-----|-----|

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> F | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

| Hijo (s) | | Day | Mes | Año |
|----------|--|-----|-----|-----|
|----------|--|-----|-----|-----|

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> F | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> F | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

| | | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> M | <input checked="" type="checkbox"/> F | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|--|--|

(Alguno de los dependientes es una Persona Exenta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEPI?)

No Sí, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre: _____

COBERTURA COLECTIVO DE VIDA (Solo si aplica)

SUMA ASEGUrADA: \$ _____

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

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

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

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

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

(Alguno de los beneficiarios PRINCIPALES o CONTINGENTES es una Persona Exenta Políticamente¹, o es un familiar cercano² o estrecho colaborador de un PEPI?)

No Sí, Si su respuesta es afirmativa, favor detallar el nombre: _____

Si uno de los beneficiarios principales no vive/a o no quiera o no pudiera recibir su parte, ésta corresponderá a él o a otros beneficiarios principales en partes iguales, salvo que el Asegurado indique lo contrario por escrito y en forma clara, si fuera 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 N°: _____ o en su defecto a _____ con cédula de identidad personal N°: _____

1. Una persona que no cumple con las condiciones establecidas en el artículo 1º de la legislación sobre Seguro Social de la República Dominicana. 2. Un familiar cercano es aquel que tiene parentesco consanguíneo o matrimonial con el asegurado.



COLECTIVO DE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES (DATOS DEL BANCO)

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| Nombre de la cuenta: | Banco: |
| N° de la cuenta: | Tipo de cuenta: |
| Réplica: | Ahorros <input type="checkbox"/> |
| Correo electrónico: | Corriente <input type="checkbox"/> |

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

CUESTIONARIO DE SALUD

PROVISA EXPLICACIÓN COMPLETA DE CUALQUIER CONDICIÓN ABajo INDICADA. SI ES NECESARIO ADJUNTE HOJAS ADICIONALES. SOLO CONTESTAR SI O NO.

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?
2. ¿Alguna vez, su seguro de Vida, Accidentes o Enfermedades ha sido rechazado, cancelado, recargado, modificado o negado su rehabilitación?

ALGUNA VEZ HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR:

3. Alteraciones del estómago, intestino, recto, hemorroides, hernia, hígado, páncreas, colitis, úlcera o vesícula?
4. Artritis, entorno deformante, reumatoide, gota, varices o padecimientos de la espina dorsal, lumbago o clásica?
5. Bocio, alteraciones de la tiroides, inflamación de nódulos linfáticos, diabetes, sangre o azúcar en la orina?
6. Cálculo o alteración en los riñones o vejiga, frecuencia urinaria o ardor o cualquier padecimiento renal del sistema urinario?
7. Cáncer, quistes o tumores, u otro tipo de afección catastrófica: distrofia muscular, poliomielitis, esclerosis múltiple, reble, esclerodema, malabsorción, tuberculosis, difteria, meningitis, tetano, sifilis o encéfalito?
8. Catárticas, pleurosis, plejritis, pleuritis, ceguera parcial o total y/o cualquier otra alteración de los ojos?
9. Epilepsia, enfermedades mentales o nevrosis, epilepsia, alteración del hígado, mareos, desmayos?
10. Patología cardíaca (infarto, angioplastia de pecón, arritmia, etc.), alteraciones de la presión arterial, anemia, sistema circulatorio o flebitis reumática?

11. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o complicación relacionada al SIDA (CRIS) o prueba positiva de sangre que indica que hay anticuerpos del virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Adquirida)?

12. Tuberculosis, enfermedades pulmonares, rinitis, asma o bronquitis, febres, enfisema u otra afección respiratoria?

13. Cualquier desorden de la piel, mucosas, huesos o conjuntivas, articulaciones, lupus eritematoso?

14. Alteraciones o desórdenes de los oídos, incluyendo otitis media?

15. Problemas en la sangre, anemia, talcofírm, hemorragias?

16. Tratamiento por infertilidad, aborto natural o inducido?

17. Trastornos mentales o de los sentidos, oídos, ojos, trompas de Falopio, cérvix, vagina, órganos reproductivos y oto(s)?

18. Desórdenes del pene, testículos, próstata, peyronie, varicocele, circuncisión, órganos reproductivos u oto(s)?

19. Enfermedades transmisiones sexualmente, gonorrea, sífilis, clamidia u oto(s) de transmisión sexual?

20. Uso actualmente o alguna droga adictiva? (Desde cuándo) Cantidad diaria:

21. ¿Está Ud. Embarazada? Meses: Fecha probable de parto:

EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS HA:

22. Consultado, sido examinado o tratado por algún médico?

23. Realizado exámenes de Rayos X, electrocardiograma, exámenes de rutina, prueba de laboratorio u otro estudio? Favor indicar los RESULTADOS.

24. ¿Ha internado o tratado en una clínica, hospital o sanatorio?

25. ¿Tenido o usado alguna droga?

26. Recibido tratamiento por alguna enfermedad, condición o pedecimiento no indicado en este cuestionario?

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 Personas | 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!