

## PROTEGE LA EDUCACIÓN SUPERIOR DE TUS HIJOS POR SI LLEGAS A FALTAR

Recuerde los beneficios que la Asociación de Padres de Alumnos del Liceo Francés y Global Seguros tienen para usted, por eso en convenio se ha desarrollado una póliza que en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente de alguno o ambos padres, otorga una renta mensual para que sus hijos continúen sus estudios.

Con Global Seguros tienes la tranquilidad de que tus hijos mantengan la calidad de la educación, en las mismas condiciones que eligiste para ellos sin interrupciones, hasta finalizar su bachillerato o universidad, según los valores en la siguiente página:



PERMITENOS ASESORARTE

**Marcela Castro García**  
Cel.: 300 608 7575  
castromarcela8@gmail.com

**Deisy Cañón Masquera**  
Cel.: 318 875 3864  
dcanon.deisy@gmail.com

# ASOCIACIÓN DE PADRES DE ALUMNOS DEL LICEO FRANCÉS

## PÓLIZA VIDA GRUPO ASOCIACIÓN DE PADRES DE ALUMNOS DEL LICEO FRANCÉS (SOLO PENSIÓN) 2020-2021

| GRADO                  | FIN COLEGIO      |             |             | FIN COLEGIO MÁS UNIVERSIDAD |             |             |
|------------------------|------------------|-------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------|
|                        | RENTA MENSUAL    | VALOR ANUAL |             | RENTA SEMESTRAL UNIVERSIDAD | VALOR ANUAL |             |
|                        | 12 MENSUALIDADES | 1 PADRE     | 2 PADRES    | 10 SEMESTRES                | 1 PADRE     | 2 PADRES    |
| P. SECTION (JARDIN)    | \$2.216.362      | \$995.000   | \$1.890.500 | \$9.000.000                 | \$1.182.000 | \$2.245.800 |
| M. SECTION (PREKINDER) | \$2.216.362      | \$959.000   | \$1.822.100 | \$9.000.000                 | \$1.154.000 | \$2.192.600 |
| G. SECTION (KINDER)    | \$2.216.362      | \$921.000   | \$1.749.900 | \$9.000.000                 | \$1.125.000 | \$2.137.500 |
| C.P. (TRANSICION)      | \$2.216.362      | \$881.000   | \$1.673.900 | \$9.000.000                 | \$1.094.000 | \$2.078.600 |
| CE 1 (GRADO 1)         | \$2.092.438      | \$791.000   | \$1.502.900 | \$9.000.000                 | \$1.015.000 | \$1.928.500 |
| CE 2 (GRADO 2)         | \$2.092.438      | \$748.000   | \$1.421.200 | \$9.000.000                 | \$984.000   | \$1.869.600 |
| CM 1 (GRADO 3)         | \$1.755.220      | \$589.000   | \$1.119.100 | \$9.000.000                 | \$837.000   | \$1.590.300 |
| CM 2 (GRADO 4)         | \$1.767.147      | \$552.000   | \$1.048.800 | \$9.000.000                 | \$815.000   | \$1.548.500 |
| SIXIÈME (GRADO 5)      | \$1.767.147      | \$507.000   | \$963.300   | \$9.000.000                 | \$787.000   | \$1.495.300 |
| CINQUIÈME (GRADO 6)    | \$1.767.147      | \$460.000   | \$874.000   | \$9.000.000                 | \$758.000   | \$1.440.200 |
| QUATRIÈME (GRADO 7)    | \$1.767.147      | \$407.000   | \$773.300   | \$9.000.000                 | \$729.000   | \$1.385.100 |
| TROISIÈME (GRADO 8)    | \$1.767.147      | \$348.000   | \$661.200   | \$9.000.000                 | \$696.000   | \$1.322.400 |
| SECONDE (GRADO 9)      | \$1.767.147      | \$280.000   | \$532.000   | \$9.000.000                 | \$661.000   | \$1.255.900 |
| PREMIÈRE (GRADO 10)    | \$1.767.147      | \$200.000   | \$380.000   | \$9.000.000                 | \$619.000   | \$1.176.100 |
| TERMINALE (GRADO 11)   | \$1.767.147      | \$105.000   | \$199.500   | \$9.000.000                 | \$568.000   | \$1.079.200 |

## PÓLIZA VIDA GRUPO ASOCIACIÓN DE PADRES DE ALUMNOS DEL LICEO FRANCÉS (PENSIÓN, TRANSPORTE Y ALIMENTACIÓN) 2020-2021

| GRADO                  | FIN COLEGIO      |             |             | FIN COLEGIO MÁS UNIVERSIDAD |             |             |
|------------------------|------------------|-------------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------|
|                        | RENTA MENSUAL    | VALOR ANUAL |             | RENTA SEMESTRAL UNIVERSIDAD | VALOR ANUAL |             |
|                        | 12 MENSUALIDADES | 1 PADRE     | 2 PADRES    | 10 SEMESTRES                | 1 PADRE     | 2 PADRES    |
| P. SECTION (JARDIN)    | \$2.716.000      | \$1.219.000 | \$2.316.100 | \$9.000.000                 | \$1.406.000 | \$2.671.400 |
| M. SECTION (PREKINDER) | \$2.716.000      | \$1.175.000 | \$2.232.500 | \$9.000.000                 | \$1.370.000 | \$2.603.000 |
| G. SECTION (KINDER)    | \$2.716.000      | \$1.129.000 | \$2.145.100 | \$9.000.000                 | \$1.332.000 | \$2.530.800 |
| C.P. (TRANSICION)      | \$2.686.000      | \$1.067.000 | \$2.027.300 | \$9.000.000                 | \$1.281.000 | \$2.433.900 |
| CE 1 (GRADO 1)         | \$2.562.000      | \$969.000   | \$1.841.100 | \$9.000.000                 | \$1.193.000 | \$2.266.700 |
| CE 2 (GRADO 2)         | \$2.562.000      | \$916.000   | \$1.740.400 | \$9.000.000                 | \$1.151.000 | \$2.186.900 |
| CM 1 (GRADO 3)         | \$2.225.000      | \$747.000   | \$1.419.300 | \$9.000.000                 | \$995.000   | \$1.890.500 |
| CM 2 (GRADO 4)         | \$2.237.000      | \$698.000   | \$1.326.200 | \$9.000.000                 | \$961.000   | \$1.825.900 |
| SIXIÈME (GRADO 5)      | \$2.217.000      | \$636.000   | \$1.208.400 | \$9.000.000                 | \$916.000   | \$1.740.400 |
| CINQUIÈME (GRADO 6)    | \$2.217.000      | \$576.000   | \$1.094.400 | \$9.000.000                 | \$875.000   | \$1.662.500 |
| QUATRIÈME (GRADO 7)    | \$2.217.000      | \$510.000   | \$969.000   | \$9.000.000                 | \$832.000   | \$1.580.800 |
| TROISIÈME (GRADO 8)    | \$2.217.000      | \$436.000   | \$828.400   | \$9.000.000                 | \$785.000   | \$1.491.500 |
| SECONDE (GRADO 9)      | \$2.217.000      | \$351.000   | \$666.900   | \$9.000.000                 | \$732.000   | \$1.390.800 |
| PREMIÈRE (GRADO 10)    | \$2.217.000      | \$251.000   | \$476.900   | \$9.000.000                 | \$669.000   | \$1.271.100 |
| TERMINALE (GRADO 11)   | \$2.217.000      | \$132.000   | \$250.800   | \$9.000.000                 | \$594.000   | \$1.128.600 |

PERMITENOS ASESORARTE

**Marcela Castro García**  
 Cel.: 300 608 7575  
 castromarcela8@gmail.com

**Deisy Cañón Masquera**  
 Cel.: 318 875 3864  
 dcanon.deisy@gmail.com

Información y solicitud disponible en la página web APA  
 www.apalf.info Tel.: 616 2667 Email: apalfbogota@yahoo.com  
 Bogotá, Colombia



|                                   |  |  |          |               |                                      |  |  |
|-----------------------------------|--|--|----------|---------------|--------------------------------------|--|--|
| FECHA DE SOLICITUD<br>DIA MES AÑO |  |  | SUCURSAL | PÓLIZA NUMERO | INICIACION DEL SEGURO<br>DIA MES AÑO |  |  |
|-----------------------------------|--|--|----------|---------------|--------------------------------------|--|--|

| INFORMACIÓN DEL TOMADOR   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:<br>ASOCIACION DE PADRES DE ALUMNOS DEL LICEO FRANCES LOUIS PASTEUR |  | DOCUMENTO DE IDENTIDAD:<br>C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> OTRO: N° 860.509.728-1 |  |

| DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL  |                                  |  |                  |  |   |   |   |
|--|----------------------------------|--|------------------|--|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO  |                                  |  | SEGUNDO APELLIDO |  | NOMBRE  |   | DOCUMENTO DE IDENTIDAD:<br>C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO: N° |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA  |                                  | E-MAIL:  |                  |  | CIUDAD:   | DEPARTAMENTO:                                       | TELÉFONO:   |
| DIRECCIÓN COMERCIAL  |                                  | CIUDAD:  | DEPARTAMENTO:    |  | CELULAR:  |   | TELÉFONO:   |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>DÍA / MES / AÑO   | EDAD                             | LUGAR DE NACIMIENTO<br>CIUDAD DEPTO                            |                  | NACIONALIDAD                                     | SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | ESTATURA<br>mts                                     | PESO<br>kgs   |
| ESTADO CIVIL   |                                  | PROFESION U OFICIO:  |                  | QUÉ DEPORTE PRACTICA Y CON QUE FRECUENCIA?       |   | E.P.S. A LA CUAL PERTENECE                          |   |
| ASALARIADO: <input type="checkbox"/>   | NOMBRE DE LA EMPRESA:            |  |                  |  | DIRECCIÓN:  |   |   |
| TELÉFONO:  |                                  | CARGO:   |                  | TIENE PARTICIPACIÓN EN LA EMPRESA: SI ___ NO ___ |   | % PARTICIPACIÓN                                     |   |
| INDEPENDIENTE: <input type="checkbox"/>  | DESCRIBA SU ACTIVIDAD ECONOMICA: |  |                  |  |   |   | cód. CIU  |
| TIENE PARTICIPACIÓN EN ALGUNA EMPRESA: SI ___ NO ___   |                                  |  |                  | NOMBRE DE LA EMPRESA:                            |   | % PARTICIPACIÓN                                     |   |
| PENSIONADO POR VEJEZ: <input type="checkbox"/>   |                                  | PENSIONADO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE <input type="checkbox"/> |                  | DETALLAR CAUSA                                   |   |   |   |
| INGRESOS MENSUALES: \$   |                                  | EGRESOS MENSUALES: \$  |                  | TOTAL ACTIVOS: \$                                |   | TOTAL PASIVOS: \$                                   |   |
| OTROS INGRESOS: \$   |                                  | DETALLE OTROS INGRESOS:  |                  |  |   |   |   |
| REALIZA O HA REALIZADO OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ___ NO ___                               |                                  |  |                  | INDIQUE CUALES:                                  |   |   |   |
| POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA: SI ___ NO ___ (EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUALES:) |                                  |  |                  |  |   |   |   |
| MANEJA O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI ___ NO ___   |                                  |  |                  | ES USTED EMPLEADO PUBLICO: SI ___ NO ___         |   | GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO: SI ___ NO ___ |   |

| DATOS DEL CONYUGE (Diligenciar si se asegura)  |                                  |  |                  |  |   |   |   |
|--|----------------------------------|--|------------------|--|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO  |                                  |  | SEGUNDO APELLIDO |  | NOMBRE  |   | DOCUMENTO DE IDENTIDAD:<br>C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO: N° |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA  |                                  | E-MAIL:  |                  |  | CIUDAD:   | DEPARTAMENTO:                                       | TELÉFONO:   |
| DIRECCIÓN COMERCIAL  |                                  | CIUDAD:  |                  | DEPARTAMENTO:                                    |   | TELÉFONO:   |   |
| FECHA DE NACIMIENTO<br>DÍA / MES / AÑO   | EDAD                             | LUGAR DE NACIMIENTO<br>CIUDAD DEPTO                            |                  | NACIONALIDAD                                     | SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | ESTATURA<br>mts                                     | PESO<br>kgs   |
| ESTADO CIVIL   |                                  | PROFESION U OFICIO:  |                  | QUÉ DEPORTE PRACTICA Y CON QUE FRECUENCIA?       |   | E.P.S. A LA CUAL PERTENECE                          |   |
| ASALARIADO: <input type="checkbox"/>   | NOMBRE DE LA EMPRESA:            |  |                  |  | DIRECCIÓN:  |   |   |
| TELÉFONO:  |                                  | CARGO:   |                  | TIENE PARTICIPACIÓN EN LA EMPRESA: SI ___ NO ___ |   | % PARTICIPACIÓN                                     |   |
| INDEPENDIENTE: <input type="checkbox"/>  | DESCRIBA SU ACTIVIDAD ECONOMICA: |  |                  |  |   |   | cód. CIU  |
| TIENE PARTICIPACIÓN EN ALGUNA EMPRESA: SI ___ NO ___   |                                  |  |                  | NOMBRE DE LA EMPRESA:                            |   | % PARTICIPACIÓN                                     |   |
| PENSIONADO POR VEJEZ: <input type="checkbox"/>   |                                  | PENSIONADO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE <input type="checkbox"/> |                  | DETALLAR CAUSA                                   |   |   |   |
| INGRESOS MENSUALES: \$   |                                  | EGRESOS MENSUALES: \$  |                  | TOTAL ACTIVOS: \$                                |   | TOTAL PASIVOS: \$                                   |   |
| OTROS INGRESOS: \$   |                                  | DETALLE OTROS INGRESOS:  |                  |  |   |   |   |
| REALIZA O HA REALIZADO OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ___ NO ___                               |                                  |  |                  | INDIQUE CUALES:                                  |   |   |   |
| POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA: SI ___ NO ___ (EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUALES:) |                                  |  |                  |  |   |   |   |
| MANEJA O ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI ___ NO ___   |                                  |  |                  | ES USTED EMPLEADO PUBLICO: SI ___ NO ___         |   | GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO: SI ___ NO ___ |   |

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

(Conteste SI o NO en la casilla correspondiente; si la respuesta es SI, dar detalle en el cuadro respectivo)

| Pr: | Descripción  | A. Principal                |                             | Cónyuge                     |                             | Pr: | Descripción   | A. Principal                |                             | Cónyuge                     |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1   | Padecen alguna limitación física o mental, deformidad corporal, pérdida anatómica o incapacidad laboral.   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 2   | Sufren o han sufrido de enfermedades de los huesos, músculos, reumatismo, artritis o gota.  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3   | Sufren o han sufrido de enfermedades del corazón, de las venas o arterias, tensión arterial alta o infarto del miocardio   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 4   | Enfermedades de la glándula tiroides, diabetes, pancreatitis o enfermedades del sistema endocrino   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5   | Sufren o han sufrido de enfermedades neurológicas tales como derrame o trombosis cerebral, epilepsia o convulsiones  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 6   | Sufren o han sufrido de Cáncer, leucemia, tumores malignos, Sida o VIH positivo.  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 7   | Sufren o han sufrido de enfermedades renales, cálculos, próstata, testículos, vejiga o enfermedades del sistema genitourinario?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 8   | Están actualmente en control medico, tratamiento o están tomando, aplicando o utilizando algún medicamento de forma regular.  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 9   | Sufren o han sufrido de ulcera de estomago o duodeno, gastritis, enfermedades del recto, colon, esófago, vesicula, hígado o diarreas frecuentes?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 10  | Han estado hospitalizados para tratamiento medico o quirúrgico, o tienen intervenciones quirúrgicas en proyecto.  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 11  | Sufren o han sufrido de enfermedades pulmonares como asma, enfisema (EPOC), bronquitis crónica o tuberculosis.   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 12  | Sufren o han sufrido algún dolor, sintoma o enfermedad que no haya sido mencionado anteriormente  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 13  | ¿Ejerce actividades peligrosas como Pilotear aviones, avionetas o helicópteros; deportes extremos o de alto riesgo como automovilismo, motociclismo, entre otros. Conduce o viaja como pasajero en moto, motocicleta o motoneta? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 14  | ¿Es miembro activo de las fuerzas militares, de policía o cualquier otra fuerza de seguridad del estado, desempeña actividades de seguridad como vigilancia o guardaespaldas, ó ejerce la política? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 15  | ¿Le ha sido Rechazado o aplazado solicitudes de seguros de Vida, salud o accidentes en otras Aseguradoras?   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | 16  | Ha sido victima de secuestro, amenaza de secuestro o cualquier otro tipo de amenaza o extorsión?  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

**DETALLE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS**

| PR N° | NOMBRE DEL ASEGURADO | CAUSA | DETALLE |
|-------|----------------------|-------|---------|
|       |                      |       |         |
|       |                      |       |         |
|       |                      |       |         |
|       |                      |       |         |
|       |                      |       |         |
|       |                      |       |         |

**AL FIRMAR LA PRESENTE SOLICITUD DECLARO Y AUTORIZO:**

- Mi edad se encuentra entre los 18 y 70 años. Que mi estado de salud es normal y no padezco ni he padecido enfermedades de tipo congénito, cardiovascular, neurológico, ni enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, SIDA, diabetes, epilepsia, asma, trombosis, anemia, leucemia, derrame cerebral, enfisema pulmonar, artritis reumatoidea, insuficiencia renal, tumores, trastornos inmunológicos, ni defectos o limitaciones físicas o mentales que incidan en mi estado de salud. No tengo intervenciones quirúrgicas pendientes. No consumo bebidas alcohólicas en exceso, no consumo sustancias psicoactivas.
- Las actividades a las que me dedico se desarrollan dentro del marco de la Ley y no ejerzo actividades peligrosas como la aviación privada, automovilismo deportivo, motociclismo, deportes de alto riesgo, no soy miembro activo de las fuerzas militares o de policía, no comercio con joyas, ni desempeño actividades de seguridad como guardaespaldas, ni ejerzo la política.
- Estoy desarrollando en forma normal mis actividades y no he recibido amenazas en contra de mi vida y mi actividad.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas, y por lo tanto Global Seguros de Vida S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud, edad u ocupación en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio Colombiano).
- Faculto expresamente a Global Seguros de Vida S.A., para consultar las bases de datos de seguros de personas relativas a riesgos e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado de mi condición de riesgo. Así mismo la faculto para que informe a esas mismas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros celebrado o que vayan a celebrar.
- Autorizo expresamente (mediante esta forma o copia fotostática de ella), de conformidad con el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y su Derecho reglamentario 3380 de 1981, a cualquier persona natural o jurídica que me hayan brindado atención médica para que suministre a Global Seguros de Vida S.A., copia de mi historia clínica y demás datos que posean sobre mi salud, y que soliciten en cualquier tiempo, aún después de mi fallecimiento.
- Autorizo a Global Seguros de Vida S.A., para que con fines estadísticos y de información entre compañías y entre éstas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre y transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato el cual el Asegurado declara conocer y aceptar en todas sus partes.
- Que las anteriores declaraciones son exactas, completas y verídicas, en la forma en que aparecen escritas. Que el cuestionario ha sido leído en su totalidad y resuelto de forma personal y voluntariamente, así mismo hago las siguientes declaraciones, aclaraciones o adiciones que considero necesarias para la expedición del seguro:

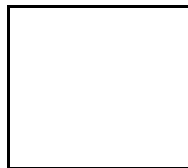
Se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_

a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

del año \_\_\_\_\_

FIRMA DE ASEGURADO PRINCIPAL

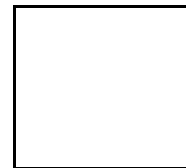
C.C:



HUELLA INDICE DERECHO  
(A. P.)

FIRMA DEL CONYUGE

C.C:



HUELLA INDICE DERECHO  
(conyuge)