

**Recuerde los beneficios que Global Seguros y el Liceo Francés tienen para usted.**

La asociación de padres del **Liceo Francés** en convenio con **Global Seguros** ha desarrollado una póliza que en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente de alguno o ambos padres, le otorga una renta mensual para que sus hijos continúen sus estudios.

Con **Global Seguros** usted tiene la tranquilidad de que sus hijos mantengan la calidad de la educación, en las mismas condiciones que eligió para ellos sin interrupciones, hasta finalizar su bachillerato o universidad, según los siguientes valores:

COMUNÍQUESE CON:

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

**Deisy Cañon Mosquera**  
Cel.: 318 875 3864  
dcanon.deisy@gmail.com



**LYCÉE FRANÇAIS  
LOUIS-PASTEUR**  
BOGOTÁ - COLOMBIE

PÓLIZA VIDA GRUPO LICEO FRANCÉS (SOLO PENSIÓN)						
FIN COLEGIO				FIN COLEGIO MÁS UNIVERSIDAD		
GRADO	RENTA MENSUAL	VALOR ANUAL		RENTA SEMESTRAL UNIVERSIDAD	VALOR ANUAL	
	12 MENSUALIDADES	1 PADRE	2 PADRES	10 SEMESTRES	1 PADRE	2 PADRES
P. SECTION (JARDÍN)	\$2.026.000	\$863.000	\$1.639.700	\$ 9.000.000	\$1.039.000	\$1.974.100
M.SECTION (PREKINDER)	\$2.026.000	\$865.000	\$1.643.500	\$ 9.000.000	\$1.056.000	\$2.006.400
G. SECTION (KÍNDER)	\$1.913.000	\$772.000	\$1.466.800	\$ 9.000.000	\$968.000	\$1.839.200
C.P. (TRANSICIÓN)	\$1.913.000	\$824.000	\$1.565.600	\$ 9.000.000	\$1.054.000	\$2.002.600
CE 1 (GRADO 1)	\$1.604.000	\$646.000	\$1.227.400	\$ 9.000.000	\$882.000	\$1.675.800
CE 2 (GRADO 2)	\$1.615.000	\$632.000	\$1.200.800	\$ 9.000.000	\$887.000	\$1.685.300
CM 1 (GRADO 3)	\$1.615.000	\$588.000	\$1.117.200	\$ 9.000.000	\$854.000	\$1.622.600
CM 2 (GRADO 4)	\$1.615.000	\$558.000	\$1.060.200	\$ 9.000.000	\$846.000	\$1.607.400
SIXIÈME (GRADO 5)	\$1.615.000	\$517.000	\$982.300	\$ 9.000.000	\$824.000	\$1.565.600
CINQUIÈME (GRADO 6)	\$1.615.000	\$465.000	\$883.500	\$ 9.000.000	\$791.000	\$1.502.900
QUATRIÈME (GRADO 7)	\$1.615.000	\$410.000	\$779.000	\$ 9.000.000	\$759.000	\$1.442.100
TROISIÈME (GRADO 8)	\$1.615.000	\$341.000	\$647.900	\$ 9.000.000	\$706.000	\$1.341.400
SECONDE (GRADO 9)	\$1.615.000	\$277.000	\$526.300	\$ 9.000.000	\$678.000	\$1.288.200
PREMIÈRE (GRADO 10)	\$1.615.000	\$204.000	\$387.600	\$ 9.000.000	\$650.000	\$1.235.000
TERMINALE (GRADO 11)	\$759.000	\$52.000	\$98.800	\$ 9.000.000	\$542.000	\$1.029.800

PÓLIZA VIDA GRUPO LICEO FRANCÉS (PENSIÓN, TRANSPORTE Y ALIMENTACIÓN)						
FIN COLEGIO				FIN COLEGIO MÁS UNIVERSIDAD		
GRADO	RENTA MENSUAL	VALOR ANUAL		RENTA SEMESTRAL UNIVERSIDAD	VALOR ANUAL	
	12 MENSUALIDADES	1 PADRE	2 PADRES	10 SEMESTRES	1 PADRE	2 PADRES
P. SECTION (JARDÍN)	\$2.463.000	\$1.049.000	\$1.993.100	\$9.000.000	\$1.225.000	\$2.327.500
M.SECTION (PREKINDER)	\$2.463.000	\$1.051.000	\$1.996.900	\$9.000.000	\$1.242.000	\$2.359.800
G. SECTION (KÍNDER)	\$2.350.000	\$948.000	\$1.801.200	\$9.000.000	\$1.145.000	\$2.175.500
C.P. (TRANSICIÓN)	\$2.278.000	\$981.000	\$1.863.900	\$9.000.000	\$1.211.000	\$2.300.900
CE 1 (GRADO 1)	\$1.970.000	\$793.000	\$1.506.700	\$9.000.000	\$1.030.000	\$1.957.000
CE 2 (GRADO 2)	\$1.980.000	\$775.000	\$1.472.500	\$9.000.000	\$1.030.000	\$1.957.000
CM 1 (GRADO 3)	\$1.980.000	\$720.000	\$1.368.000	\$9.000.000	\$987.000	\$1.875.300
CM 2 (GRADO 4)	\$1.980.000	\$684.000	\$1.299.600	\$9.000.000	\$972.000	\$1.846.800
SIXIÈME (GRADO 5)	\$2.008.000	\$642.000	\$1.219.800	\$9.000.000	\$950.000	\$1.805.000
CINQUIÈME (GRADO 6)	\$2.008.000	\$578.000	\$1.098.200	\$9.000.000	\$904.000	\$1.717.600
QUATRIÈME (GRADO 7)	\$2.008.000	\$510.000	\$969.000	\$9.000.000	\$858.000	\$1.630.200
TROISIÈME (GRADO 8)	\$2.008.000	\$424.000	\$805.600	\$9.000.000	\$789.000	\$1.499.100
SECONDE (GRADO 9)	\$2.008.000	\$345.000	\$655.500	\$9.000.000	\$745.000	\$1.415.500
PREMIÈRE (GRADO 10)	\$2.008.000	\$253.000	\$480.700	\$9.000.000	\$699.000	\$1.328.100
TERMINALE (GRADO 11)	\$1.152.000	\$79.000	\$150.100	\$9.000.000	\$569.000	\$1.081.100

COMUNÍQUESE CON:

**Marcela Castro**

Cel.: 300 608 7575 / castromarcela8@gmail.com

**Deisy Cañon Mosquera**

Cel.: 318 875 3864 / dcanon.deisy@gmail.com

**Mayor información y solicitud disponible  
en la página web de APA / [www.apalf.info](http://www.apalf.info)**

**APA Tel.: 616 2667 Bogotá, Colombia**

**Correo: [apalfbogota@yahoo.com](mailto:apalfbogota@yahoo.com)**

DIA	FECHA DE SOLICITUD MES AÑO	SUCURSAL	PÓLIZA NUMERO	INICIACION DEL SEGURO DIA MES AÑO
-----	-------------------------------	----------	---------------	--------------------------------------

INFORMACION DEL TOMADOR	
<b>NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:</b> ASOCIACION DE PADRES DE ALUMNOS DEL LICEO FRANCES LOUIS PASTEUR	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> 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:	
						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 DIA / MES / AÑO		EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD DEPTO			NACIONALIDAD		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTATURA mts	PESO 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:	
						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 DIA / MES / AÑO		EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD DEPTO			NACIONALIDAD		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTATURA mts	PESO 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 ____				

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS					
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	PARENT.	EDAD	CURSO ACTUAL	Vr. RENTA COLEGIO	Vr. RENTA UNIVERSIDAD
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

**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 la venas o arterias, tensión arteria 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, esfago, vesicula, higado 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 extorción?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

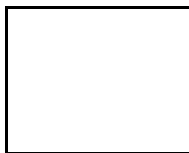
**DETALLE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS**

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)