SEGURO DE DESEMPLEO COOMEVA MEDICINA PREPAGADA



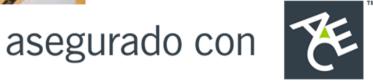


Seguro de Desempleo Coomeva Medicina Prepagada

El producto nace en primera instancia para cubrir el pago correspondiente a la mensualidad de la factura de Coomeva Medicina Prepagada, en segunda instancia cubrir el pago de servicios públicos básicos domiciliarios (Agua, Luz, Teléfono y Gas), facturas de Tarjeta de crédito, Celular, pagos de educación u otras facturas o gastos del asegurado que sean recurrentes.





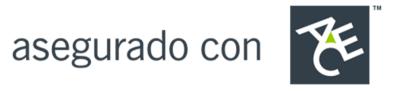


Producto "Plan Protección Salud"

	COBERTURAS		VALORES ASEGURADOS		
			Plan 2		
Muerte Accidental asegurado principal (Pago único)		\$ 1.500.000	\$1.500.000		
Desempleo involuntario (Aplica para trabajadores dependientes a término indefinido)		\$800.000	\$500.000		
Incapacidad total temporal por accidente o enfermedad (Aplica para trabajadores independientes)		\$800.000	\$500.000		
Renta Diaria por Hospitalización por accidente (Máximo 30 días)		\$ 200.000 Diarios	\$ 100.000 Diarios		
Costo mensual Cobertura hasta por 6 meses		\$ 35.700	\$ 22.800		

Muerte Accidental	Ingreso de 18 hasta los 60 años más 364 con permanencia hasta los 65 años más 364 días	
Desempleo Involuntario- Incapacidad total	Ingreso de 18 hasta los 60 años más 364 con	
temporal por accidente o enfermedad	permanencia hasta los 65 años más 364 días	

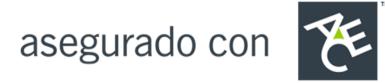




Que Amparamos?

Terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono sin justa causa.
Declaratoria de insubsistencia.
Despido de empleados de libre nombramiento y remoción.
Supresión de cargos por fusión de entidades públicas o privadas.
Terminación unilateral del contrato por parte del trabajador argumentando justa
causa contenida en el Código Sustantivo del Trabajo (Art. 62 literal b).
Terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono con justa causa
argumentando demanda por alimentos.
Terminación unilateral del contrato de trabajo por parte del patrono con justa causa
argumentando embargo civil por terceros.
Despido masivo con autorización del Ministerio de la Protección Social
Liquidación o cierre definitivo de la empresa o entidad
Cuando termine el contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre las partes y en la
liquidación final de prestaciones de dicho trabajador se haya reconocido y pagado
una bonificación no menor al 75% de la indemnización legal o convencional que le
hubiese correspondido en caso de un despido sin justa causa.

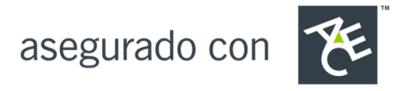




Condiciones cobertura de desempleo

Estabilidad mínima de 6 meses de estar vinculado en forma continúa bajo
contrato a término indefinido.
Para ser objeto de indemnización del presente anexo, la persona deberá
acreditar 30 días continuos de desempleo.
Periodo de Carencia 30 días.
Cubrimos trabajadores que tengan contrato laboral a término fijo como
mínimo de un año, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos
establecidos en las condiciones específicas de la póliza. No existe cobertura
cuando el desempleo ocurra como consecuencia de la terminación y/o no
renovación del contrato de trabajo.
Demostrada la ocurrencia del siniestro en las condiciones mencionadas ACE
Seguros pagará, de acuerdo a la opción contratada, la suma asegurada
consignada en el cuadro de beneficios del certificado individual de seguro.





Condiciones cobertura de Incapacidad

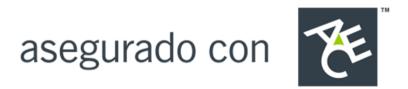
Se entiende por Incapacidad total temporal Por accidente o enfermedad, la imposibilidad del asegurado de desarrollar el trabajo que genera su remuneración y por lo tanto le impide ejercer sus actividades laborales a consecuencia de un accidente o enfermedad.

OTRAS CONDICIONES ANEXO DE INCAPACIDAD

Constituci	ón mínima	de 6 meses	antes de	e tomar el	seguro,	demostral	ole
mediante	certificado	de cámara	de come	rcio o RU	T.		

 La Incapacidad total temporal, deberá estar debidamente demostrada mediante incapacidad otorgada por la EPS.

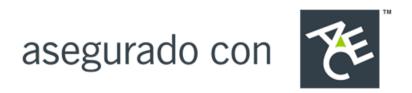




Renta diaria por hospitalización por Accidente

En caso de sufrir un accidente que ocasione hospitalización por un tiempo superior a 24 horas se reconocerá por evento una renta diaria por valor de (\$200.000 o \$100.000 dependiendo del plan) hasta por 30 días, y en caso de muerte, se pagará a el(los) beneficiario(s) que Usted designe la suma única por valor de \$1.500.000.





Modelo de Venta



contratantes que tomen un plan de MI



ACE Carga las ventas al sistema y realiza facturación mensual.



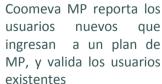
El cliente acepta el seguro y la autorización para cargue a su tarjeta de crédito.

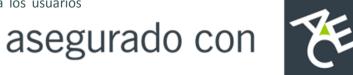




El asesor tiene la opción de realizar la venta a través de los siguientes canales: Web link, línea inbound o envío correo electrónico: seguros@coomeva.com.co









Cuanto me puedo ganar ...?

Contratantes MI	Comisión Cada uno		
1 a 3	\$ 3.500		
4 a 6	\$ 7.500		
7 en adelante	\$ 15.000		



Todas las comisiones y premios de concursos serán entregados en Bonos Big Pas.

EJEMPLO: Si un asesor pone 7 pólizas se ganará \$ 15.000 por cada una para un total de **\$105.000 muy atractivo.**

También podrás ganar Un cupo Adicional a la Convención Nacional.



asegurado con



CANALES PARA CIERRE DE LA VENTA

Canales habilitados para el cierre de la venta del Seguro de Desempleo son:

1. Línea Inbound*: 01 8000 96 00 01

Medicina Prepagada

- 2. Correo Electrónico: seguros@coomeva.com.co
- 3. Web link: Aplicación Web habilitada en el portal de Medicina prepagada para los asesores registrados.

*Esta línea solo esta habilitada para dar información sobre el seguro de Desempleo, coberturas, valores asegurados y grabación de la venta con recaudo a la tarjeta de Crédito del usuario.



seguros@coomeva.com.co

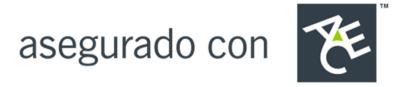
Es importante que para este correo manejemos un estándar:

- Asunto del Correo: SEGURO DE DESEMPLEO COOMEVA MP
- Datos del contratante:
 - □ Nombre Completo y apellidos del contratante
 - ☐ Teléfono fijo, oficina, celular y otros si lo tiene.
 - ☐ Correo electrónico (Opcional)
 - ☐ Observaciones: si consideran importantes

Ejemplo: Una hora de llamada específica

- Datos del Asesor:
 - Nombre del asesor
 - □ Clave del asesor





Línea de Servicio al Cliente ACE

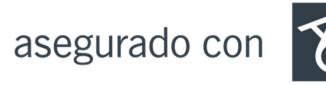
01 8000 91 75 00



En esta línea pueden encontrar:

- Información de las pólizas vigentes (Amparos, valores asegurados tomados por el asegurado, valor de la primas, etc.)
- Información sobre el Proceso de reclamación (Documentos requeridos y oficinas de atención)
- Estado de las reclamaciones





Proceso de Reclamos

	AALIEDTE ACCIDENTAL	INCARACIDAD TOTAL TEMPORAL	
	MUERTE ACCIDENTAL	DESEMPLEO INVOLUNTARIO	INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL
	Registro Civil de Defunción o acta del levantamiento del cadáver.	Carta del empleador que incluya el nombre de la entidad en la cual certifique la causa de despido, la fecha de cancelación del contrato, tipo de contrato, antigüedad del empleado	Incapacidad emitida por la correspondiente EPS la cual será avalada en todos los casos por el medico auditor de la compañía primando su concepto y resumen de la historia clínica
	Fotocopia de la Cédula de	Fotocopia de la cédula de	Fotocopia de la cédula de
	Ciudadanía del asegurado	ciudadanía.	ciudadanía.
	Registro civil de nacimiento	Factura de Medicina prepagada actualizada a la fecha de presentación de la reclamación, En caso de existir excedentes respecto al valor asegurado el asegurado podrá presentar las facturas de los servicios públicos básicos domiciliarios (Agua, Luz, Teléfono y Gas), facturas de Tarjeta de crédito, Celular, pagos de educación u otras facturas o gastos del asegurado que sean recurrentes.	Factura de Medicina prepagada actualizada a la fecha de presentación de la reclamación, En caso de existir excedentes respecto al valor asegurado el asegurado podrá presentar las facturas de los servicios públicos básicos domiciliarios (Agua, Luz, Teléfono y Gas), facturas de Tarjeta de crédito, Celular, pagos de educación u otras facturas o gastos del asegurado que sean recurrentes.
	Certificado de necropsia o medicina legal	Acta de conciliación celebrada entre el asegurado y su empleador, ante autoridad judicial o administrativa competente.	Cámara de Comercio o RUT
Informe de las autoridades competentes, cuando aplique.		Fotocopia del contrato de trabajo celebrado según la legislación Colombiana de jornada ordinaria, de tiempo completo y a término indefinido – o Fijo Formulario de reclamación ACE	Formulario de reclamación ACE







Soporte para la Fuerza de Ventas

Luis Fernando Bermudez Zapata

Jefe de Negocios Cuentas Corporativas.
Coomeva Corredores de Seguros-Sector Protección
Tel. 57 (2) 333 0000 Ext. 30 089
Avenida pasoancho Nº 57 – 08 Local 10
Cali, Colombia
luisf bermudez@coomeva.com.co

Olga Lucía Cantor Giraldo

Asistente Nacional Servicios Seguros Tel. 57 (2) 333 0000 Ext. 32773 Av. Pasoancho # 57-08 Piso 1, Local 10 Cali, Colombia olgal_cantor@coomeva.com.co www.coomeva.com.co



www.coomeva.com.co



