



ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA
COLEGIO ABRAHAM LINCOLN "ASOLINCOLN"
NIT: 830.097.241-6

FLASH INFORMATIVO – ASOLINCOLN

Asolincoln - Convocatoria para la Contratación del Seguro de Vida Grupo y Manejo Global, Vigencia 2019 – 2020

La Asociación de Padres del Colegio Abraham Lincoln - ASOLINCOLN, convoca a los **Intermediarios de Seguros** que cumplan con los requisitos de Experiencia y demás descritos más adelante, a presentar oferta de Compañías de Seguros Legalmente Establecidas en Colombia, para los ramos de: Seguro de Vida Grupo para padres de familia afiliados a Asolincoln, y Seguro de Manejo Global para miembros de junta de la Asociación, para la vigencia 2019 – 2020.

Para el envío de los términos de cotización, se requiere que **previamente** los Intermediarios de Seguros interesados remitan, con **plazo máximo de envío el miércoles 22 de mayo de 2019 a las 4:00 p.m.**, como archivo adjunto al correo electrónico asolincoln@als.edu.co, con copia a dbecerra@als.edu.co, la carta de interés en participar suscrita por el Representante Legal en los siguientes términos:

Ciudad, Fecha (**plazo máximo de envío el miércoles 22 de mayo de 2019 a las 4:00 p.m.**)

Señores

Asociación de Padres del Colegio Abraham Lincoln – Asolincoln
Bogotá, D.C.

Asunto: Manifestación de Interés de Participar en el Proceso de Selección de Intermediario de Seguros y Aseguradoras para los ramos de Vida Grupo y Manejo Global, y otras Declaraciones

Respetados Señores,

En mi calidad de Intermediario de Seguros con ____* años de experiencia en el sector asegurador *(deben ser mínimo 10), manifiesto mi interés en participar en el proceso del asunto, teniendo en cuenta que cumplo con los siguientes requisitos de experiencia, los cuales serán debidamente certificados al momento de presentar las respectivas ofertas de la(s) aseguradora(s):

“JUNTOS LO HACEMOS MEJOR “

Dirección: Calle 170 No. 65 - 31 - PBX: 7423166 Ext.1140/1141 - Celular:
3112235308

E-mail: asolincoln@als.edu.co -**Pag. Web:** www.asolincoln.org
Bogotá, Colombia



**ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA
COLEGIO ABRAHAM LINCOLN "ASOLINCOLN"
NIT: 830.097.241-6**

- Puedo aportar 3 certificaciones de clientes atendidos en los últimos 5 años, sobre mi experiencia en el manejo de pólizas de Vida Grupo de instituciones educativas como Colegios, Universidades y/o Asociaciones de Padres de Familia, con más de 400 asegurados.
- Puedo aportar 3 certificaciones de clientes atendidos en los últimos 5 años, sobre mi experiencia en la atención de siniestros de Vida Grupo por un valor a indemnizar individual igual o superior a \$30.000.000, en pólizas de Vida Grupo de instituciones educativas como Colegios, Universidades y/o Asociaciones de Padres de Familia, con más de 400 asegurados.

Adicionalmente declaro expresamente que:

- No me aplica el impedimento contemplado en el Parágrafo del Artículo 5, Prohibiciones, de los Estatutos de Asolincoln: *"Los miembros de la junta directiva de la asociación de padres de familia no podrán contratar con la respectiva asociación. Tampoco podrán hacerlo sus padres, cónyuges o compañeros permanentes o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad."*
- Tengo clave directa y vigente con la(s) aseguradora(s) de las cuales presentaré oferta.
- Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda en dinero o especie a los miembros de Asolincoln o de su Junta Directiva, directamente o a través de sus empleados, contratistas o terceros, a fin de obtener favorecimiento en el presente proceso. Comunicaré a mis empleados y asesores el contenido del presente compromiso.
- Me comprometo a salvaguardar la información confidencial que obtenga en desarrollo del presente proceso.

"JUNTOS LO HACEMOS MEJOR "

Dirección: Calle 170 No. 65 - 31 - **PBX:** 7423166 Ext.1140/1141 - **Celular:**
3112235308

E-mail: asolincoln@als.edu.co -**Pag. Web:** www.asolincoln.org

Bogotá, Colombia



**ASOCIACION DE PADRES DE FAMILIA
COLEGIO ABRAHAM LINCOLN "ASOLINCOLN"
NIT: 830.097.241-6**

- Entiendo que como reinversión en beneficio de los Afiliados a Asolincoln, de mi comisión de intermediación deberé ofrecer un porcentaje como descuento aplicado a la prima de las pólizas.
- En caso de ser seleccionado, me comprometo a hacer un acompañamiento constante y diligente a la Asociación, en todo lo relacionado con el trámite y seguimiento de inclusión de asegurados a la póliza, dudas, modificaciones y siniestros, durante toda la vigencia y especialmente en campañas como las que se llevan a cabo en las matriculas y otras similares.

Agradezco que, al recibo de la presente carta firmada, y con plazo máximo el jueves 23 de mayo de 2019 a las 10:00 a.m., me sea remitida la información y las condiciones bajo las cuales deberé preparar mi oferta, **la cual presentaré vía correo electrónico enviado a las direcciones asolincoln@als.edu.co, con copia a dbecerra@als.edu.co, a más tardar el miércoles 29 de mayo a las 10:00 a.m.**

Cordialmente,

Firma Representante Legal Intermediario de Seguros
Nombre Representante Legal Intermediario de Seguros
Nombre Intermediario de Seguros
Dirección
Teléfono Fijo
Teléfono Móvil
Dirección de Correo Electrónico

Asolincoln 2018-2019

"JUNTOS LO HACEMOS MEJOR "

Dirección: Calle 170 No. 65 - 31 - **PBX:** 7423166 Ext.1140/1141 - **Celular:**
3112235308

E-mail: asolincoln@als.edu.co -**Pag. Web:** www.asolincoln.org
Bogotá, Colombia