

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

| | |
|------------------------------|------------------------|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | VIGENCIA |
| AÑO : MES : DIA | DESDE LAS 00 HORAS DEL |
| 2026 01 30 | AÑO : MES : DIA |
| | 2026 02 01 |
| HASTA LAS 23:59:59 HORAS DEL | AÑO : MES : DIA |
| | 2027 01 31 |



ASEGURADORA



| | | | | | |
|---------------|-----------|--------------------------|---------------------|-------------------|--------|
| No. DE PÓLIZA | PLACA No. | CLASE DE VEHÍCULO | SERVICIO | CILINDRAJE/VATIOS | MODELO |
| 3510449300 | WDY368 | VEH. DE SERVICIO PUBLICO | TRANSPORTE DE CARGA | 1998 | 2015 |

| | | | |
|-----------|----------------|----------------------|------------|
| PASAJEROS | MARCA | RENAULT | CARROCERÍA |
| 4 | LÍNEA VEHICULO | DUSTER DYNAMIQUE 4X4 | RENAULT |

| | | | |
|-------------|----------------------|-------------------|----------------|
| No MOTOR | No CHASIS o No SERIE | No VIN | CAPACIDAD TON. |
| A400C094639 | 9FBHSRAJNFM445677 | 9FBHSRAJNFM445677 | 0,00 |

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL TOMADOR | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
| ELCY DEL SOCORRO OTALVARO HENAO | | CC | 39437206 | BOGOTA D.C |

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------|---------------|-------------------|
| CÓDIGO DE ASEGURADORA | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
| 1306 | 26 | 57790 | 3510449300 | BOGOTA D.C |

| | | | | | | |
|--------|---------------|---------------------|-------------|--|--------|-------------------------------|
| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT | AMPAROS POR VÍCTIMA | HASTA | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| 910 | \$ 436.300,00 | \$ 226.800,00 | \$ 2.400,00 | A. GASTOS MEDICOS QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13 | |

TOTAL A PAGAR

\$ 665.500,00

FIRMA AUTORIZADA

| | | |
|--|------|---|
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |

Señor usuario, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

Ten en cuenta las siguientes recomendaciones: -br- Siempre portar tu SOAT ya que las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento. Valida que tu póliza esté registrada en el RUNT y mantente atento al momento en que debas renovarla. No tener tu SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente. Adquiere tu SOAT en lugares autorizados. Descarga tu factura electrónica ingresando usuario y contraseña igual al número de documento del tomador en: <https://www.socorro.gov.co>

En caso de accidente de tránsito:

Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente, siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas. Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (Artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud. Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud. Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

HABEAS DATA

Autorizo a la compañía de seguros AXA COLPATRIA SEGUROS GENERALES S.A identificada con NIT 8 6 0 0 2 1 8 4 -6, al tratamiento de mis datos personales para que consulte, almacene, administre, realice tratamiento presente, transfiere, transmita y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, pero en este último caso únicamente con fines estadísticos y/o académicos y cumplimiento legal, la información derivada del contrato de seguros y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de seguros, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y, sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información, las cuales puedo conocer y consultar en la Política de Tratamiento de

RESOLUCIÓN SUPERINTENDENCIA BANCARIA 20 90 DE JUNIO DE 1991

F-01-041-00000001