

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
PARA VEHICULOS DE SERVICIO PUBLICO PASAJEROS**

COLECTIVA PASAJEROS

Expedida en: BOGOTA, D.C.	Sucursal Expedidora ANTIGUO COUNTRY	Cod. Sucursal 21	Punto de Venta NINGUNO	Cod. Punto 0	Ramo 31	No.Póliza 21-31-101001935	No. Grupo 0				
Clase de Documento ANEXO DE RENOVACION	No. De Anexo 34	Fecha Expedición			Vigencia						No de Días 366
		Día	Mes	Año	Desde las 24 horas del			Hasta las 24 horas del			
					14	11	2019	14	11	2020	

DATOS DEL TOMADOR

Nombre : COMMUNITY TRANSPORT S.A.S.	Identificación : 900.926.435-1
Dirección : AV 4 OESTE NRO. 28 N - 47 NORTE	Ciudad : CALI, VALLE
	Teléfono : 3134148254

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado : BANCOLOMBIA S.A.	Identificación : 890.903.938-8
Dirección : CALLE 31 A NO. 6 - 39	Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
	Teléfono : 5109000

DATOS DEL BENEFICIARIO

Beneficiario : PASAJEROS OCUPANTES DEL VEHICULO O LOS DE LEY

DETALLE DE COBERTURAS

DESCRIPCION DEL VEHICULO						
ITEM: 11	PLACA: TAQ142	CLASE: BUS-BUSETA	MARCA: HINO	SERVICIO: PUBLICO	MODELO: 2012	
	CHASIS: 9F3UT10H7C6000713	MOTOR: N04CTT25132	No PASAJEROS: 25	TRAYECTO: ESPECIAL		
AMPAROS	VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLES % MINIMO			
MUERTE ACCIDENTAL	100 SMMLV					
INCAPACIDAD PERMANENTE	100 SMMLV					
INCAPACIDAD TEMPORAL	100 SMMLV					
GASTOS MEDICOS	100 SMMLV					
AMPARO DE PROTECCION PATRIMONIAL	SI AMPARA					
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL	SI AMPARA					
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL	SI AMPARA					
AMPARO DE PERJUICIOS MORALES	SI AMPARA					
AMPARO DE LUCRO CESANTE DEL PASAJERO AFECTADO	SI AMPARA					
AMPARO AL CONDUCTOR	SI AMPARA					

OBSERVACIONES

Valor Asegurado Total \$ *****165,623,200.00	Valor Prima \$ *****499,620.00	Gastos Expedición \$ *****0.00	IVA \$ *****94,927.00	RUNT \$ *****2,300.00	Total a Pagar \$ *****594,547.00	Facturación ANUAL/ANTICIPADA
-------------------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO		
Nombre	Clave	% de Part.	Nombre Compañía	% Part.	Valor Asegurado
CAVCA LIMITADA	103165	100.00			

PLAN DE PAGO: CONTADO

-TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTÍCULO 1066 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SE HARÁ A SEGUROS DEL ESTADO S.A., DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

-TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA E-RCCPTP-032A-M2, ADJUNTA.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES:
DIRECCIÓN: CALLE 83 NO 19-10 TELÉFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OS DE VIDA DEL ESTADO S.A. SEGUROS DEL ES
A. SEGUROS DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VID
A. SEGUROS DEL ESTADO S.A. SEGUROS
EL ESTADO S.A. SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE
21-31-101001935 SEGUROS DE VIDA DEL ESTAD

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
EXTRA CONTRACTUAL VEHICULOS DE SERVICIO PUBLICO
PASAJEROS**

COLECTIVA PASAJEROS

Expedida en: BOGOTA, D.C.	Sucursal Expedidora ANTIGUO COUNTRY	Cod. Sucursal 21	Punto de Venta NINGUNO	Cod. Punto 0	Ramo 30	No. Póliza 21-30-101001572	No. Grupo 0				
Clase de Documento ANEXO DE RENOVACION	No. De Anexo 34	Fecha Expedición			Vigencia						No de Días 366
		Día	Mes	Año	Desde las 24 horas del			Hasta las 24 horas del			
					Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
14	11	2019	14	11	2019	14	11	2020			

DATOS DEL TOMADOR

Nombre : COMMUNITY TRANSPORT S.A.S.	Identificación : 900.926.435-1
Dirección : AV 4 OESTE NRO. 28 N - 47 NORTE	Ciudad : CALI, VALLE
	Teléfono : 3134148254

DATOS DEL ASEGURADO

Asegurado : BANCOLOMBIA S.A.	Identificación : 890.903.938-8
Dirección : CALLE 31 A NO. 6 - 39	Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
	Teléfono : 5109000

DATOS DEL BENEFICIARIO

Beneficiario : TERCEROS AFECTADOS O LOS DE LEY

DETALLE DE COBERTURAS

DESCRIPCION DEL VEHICULO							
ITEM: 11	PLACA: TAQ142	CLASE: BUS-BUSETA	MARCA: HINO	SERVICIO: PUBLICO	TRAYECTO: ESPECIAL	MODELO: 2012	
	CHASIS: 9F3UT10H7C6000713	MOTOR: N04CTT25132	No PASAJEROS: 25				
AMPAROS	VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLES % MINIMO				
DAÑOS A BIENES DE TERCEROS	100 SMMLV		10.0 % 1.0 SMMLV				
MUERTE O LESIONES CORPORALES A UNA PERSONA	100 SMMLV						
MUERTE O LESIONES CORPORALES A DOS O MAS PERSONAS	200 SMMLV						
AMPARO DE PROTECCION PATRIMONIAL	SI AMPARA						
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL	SI AMPARA						
AMPARO DE ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL	SI AMPARA						
AMPARO DE PERJUICIOS MORALES	SI AMPARA						
AMPARO DE LUCRO CESANTE DEL TERCERO AFECTADO	SI AMPARA						

OBSERVACIONES

Valor Asegurado Total	Valor Prima	Gastos Expedición	IVA	RUNT	Total a Pagar	Facturación
\$ *****248,434,800.00	\$ *****591,995.00	\$ *****0.00	\$ *****112,479.00	\$ *****2,300.00	\$ *****704,474.00	ANUAL/ANTICIPADA

INTERMEDIARIO			COASEGURO		
Nombre	Clave	% de Part.	Nombre Compañía	% Part.	Valor Asegurado
CAVCA LIMITADA	103165	100.00			

PLAN DE PAGO: CONTADO

-TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO QUE PREVEE EL ARTÍCULO 1066 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SE HARÁ A SEGUROS DEL ESTADO S.A., DENTRO DE LOS 30 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARATULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

-TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA E-RCETP-031A-M2, ADJUNTA.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES:
DIRECCIÓN: CALLE 83 NO 19-10 TELÉFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.
USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OS DE VIDA DEL ESTADO S.A. SEGUROS DEL ES
A. SEGUROS DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE VID
A. SEGUROS DEL ESTADO S.A. SEGUROS
ESTADO S.A. SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE
21-30-101001572 SEGUROS DE VIDA DEL ESTAC

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR