

SOAT

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

| | | |
|--|--|---|
| FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO : MES : DÍA 2025 10 18 | VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL 2025 10 20 | AÑO : MES : DÍA HASTA LAS 23:59:59 HORAS DEL 2026 10 19 |
|--|--|---|



ASEGURADORA



| | | | | | |
|------------------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------------|-----------------|
| No. DE PÓLIZA: 4325628400 | PLACA No.: TOR943 | CLASE DE VEHÍCULO: VEH.DE SERVICIO PUBLICO | SERVICIO: Publico | CILINDRAJE/VATIOS: 1333 | MODELO: 2024 |
|------------------------------|----------------------|---|----------------------|----------------------------|-----------------|

| | | |
|-----------------|-------------------|----------------------|
| PASAJEROS: 5 | MARCA: RENAULT | CARROCERÍA: WAGON |
|-----------------|-------------------|----------------------|

| | | | |
|--------------------------|--|------------------------------|---------------------|
| No MOTOR: A460D052619 | No CHASIS o No SERIE: 9FBHJD405RM709260 | No VIN: 9FBHJD405RM709260 | CAPACIDAD TON. 0 |
|--------------------------|--|------------------------------|---------------------|

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL TOMADOR: ROJAS YEPES CAMILO ANDRES | TELÉFONO DEL TOMADOR: 3223617550 | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC | NO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: 15355162 | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR: RIONEGRO |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--|

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| CÓDIGO DE ASEGURADORA: 1306 | CÓD. SUCRAL EXPEDIDORA: 26 | CLAVE PRODUCTOR: 57790 | NO FORMULARIO: 4325628400 | CIUDAD EXPEDICIÓN: ENVIGADO |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|

| | | | | | | |
|----------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|--|--|
| TARIFA: 910 | PRIMA SOAT: \$414.900,00 | CONTRIBUCIÓN FOSYGA: \$215.700,00 | TASA RUNT: \$2.400,00 | AMPAROS POR VÍCTIMA: A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS C. INCAPACIDAD PERMANENTE D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | HASTA: 263,13 8,77 180 750 | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
|----------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--|--|--|

TOTAL A PAGAR

\$633.000,00

FIRMA AUTORIZADA

Señor usuario, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

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 recibo 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.ifacturatransfiriendo.com>.

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 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 Adres 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 0 2 1 8 4 -6, al tratamiento de mis datos personales para que consulte, almacene, administre, realice tratamientos presentes, transfiera, 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-01-041-000000001