

SEGURO PARA VEHÍCULOS COMERCIALES Y DE PASAJEROS



Cotización Nro 15717223 Fecha: 18/7/2025

DATOS COMPAÑÍA			
Sucursal:	MEDELLIN	CLAVE:	123390
Intermediario:	ASESORIAS INTEGRALES FUERTE SEGUROS		

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO			
Asegurado:	COMA BUENO LA SASON DE MI ABUELA SAS,		
Teléfono:	0		
NIT	901814803		

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO			
Marca:	DFSK/DFM/DFZL	Tipo:	K07S 1.2L MT 1200CC AA 2AB ABS
Clase:	MINIVANS < 8PSJ	Modelo:	2024
Código Fasecolda:	14306024	Placa:	LKO381
Valor comercial:	\$ 64,400,000		

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLES
Responsabilidad Civil Extracontractual (R.C.E)		
- Daños a Bienes de Terceros	\$ 700,000,000	10% MINIMO 1 SMMLV
- Lesiones o Muerte a Una Persona	\$ 700,000,000	Sin Deducibles
- Lesiones o Muerte a Dos o mas Personas	\$ 1,400,000,000	Sin Deducibles
Pérdida total y/o Destrucción total	\$ 64,400,000	10%
Daños Parciales de Mayor Cuantía	\$ 64,400,000	10%
Daños Parciales de Menor Cuantía	\$ 64,400,000	10% MINIMO 2 SMMLV
Hurto de Mayor Cuantía	\$ 64,400,000	10%
Hurto de Menor Cuantía	\$ 64,400,000	10% MINIMO 2 SMMLV
Terrorismo	SI AMPARA	
Protección Patrimonial	SI AMPARA	
Asistencia Jurídica Ilimitada	SI AMPARA	
Gastos de Grúa, Transporte y Protección del Vehículo Asegurado	SI AMPARA	
Asistencia en Viajes	SI AMPARA	
* Accidentes Personales al Conductor	\$ 50,000,000	

Prima	\$ 2,396,753
Descuento	\$ 0
Subtotal	\$ 2,396,753
IVA 19%	\$ 455,383
PRIMA ANUAL	\$ 2,852,136

REQUISITOS PARA LA SUSCRIPCIÓN	QR
1. Diligenciar el Formato Conocimiento del Cliente de Persona Natural a: SARLAFT-001-N-2013-V3 y Persona Jurídica a: SARLAFT-001-J-2013-V3 2. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del propietario, matrícula y SOAT vigente 3. Los valores asegurados y el amparo están sujetos a inspección y análisis técnico.	
NOTAS	
1. La presente cotización no implica aceptación del riesgo, autorización o compromiso para la expedición de la póliza, la cual queda sujeta a la confirmación escrita, que previa a la aceptación del negocio o la elaboración de cualquier documento debe dar la Compañía para su aprobación final. 2. La presente cotización tiene validez por 30 días	
3. * Coberturas prestadas por Seguros de Vida Del Estado S.A. De conformidad con lo establecido por la ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza (o pólizas) adquirida, así: 1. He recibido explicación sobre el alcance y contenido de la cobertura, exclusiones, garantías, así como derechos y obligaciones que como tomador tengo. De igual manera he sido informado sobre los costos del seguro y de comercialización del mismo. 2. He recibido la información respecto del alcance de los servicios de intermediación prestados acorde al contrato de seguros, en su emisión y en caso eventual de presentarse un evento amparado en la respectiva póliza. De igual manera he sido informado de la responsabilidad que le corresponde al intermediario de seguros, para con el Tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario, en cumplimiento del deber de la información, así como de la autorización otorgada por Seguros del Estado y/o Seguros de Vida del Estado, para comercializar el (los) producto (s) de seguros ofrecido (s). 3. Declaro que me han explicado el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para realizar una reclamación de un evento cubierto por el seguro contratado y que me fue suministrada información sobre los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo de forma directa, así como los datos del Defensor del Consumidor financiero.	