

# SOAT

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

FECHA DE EXPEDICIÓN

AÑO MES DÍA

2019-09-02

VIGENCIA

DESDE

LAS 00

HORAS

DEL

AÑO MES DÍA

2019-09-03

HASTA

LAS 23:59

HORAS

DEL

AÑO MES DÍA

2020-09-02



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

|                                 |                          |                      |                               |                                                              |                           |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| No. DE PÓLIZA.                  | PLACA No.                | CLASE VEHÍCULO       | SERVICIO                      | CILINDRAJE/VATIOS                                            | MODELO                    |
| 13717500018920                  | WOX142                   | INTERMUNICIPAL       | PUBLICO                       | 2143                                                         | 2016                      |
| PASAJEROS                       | MARCA                    | MERCEDES BENZ        |                               | CARROCERÍA                                                   |                           |
| 20                              | LÍNEA VEHÍCULO           | SPRINTER 515 CDI     |                               | VAN                                                          |                           |
| No. MOTOR                       | No. CHASIS ó No. SERIE   | No. VIN              | CAPACIDAD TON.                |                                                              |                           |
| 651955W0056306                  | 8AC906657GE118175        | 8AC906657GE118175    | 0.00                          |                                                              |                           |
| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR |                          | TELÉFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR                                 | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
| PINZON MOSQUERA, JULIAN GUSTAVO |                          | 3108529247           | CC                            | 79901955                                                     | BOGOTA D.C                |
| CÓDIGO DE ASEGURADORA           | CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR      | No. FORMULARIO                | CIUDAD EXPEDICIÓN                                            |                           |
| AT1329                          | 10                       | 1540051026           | 0                             | BOGOTA D.C                                                   |                           |
| TARIFA                          | PRIMA SOAT               | CONTRIBUCIÓN FOSYGA  | TASA RUNT                     | AMPAROS POR VICTIMA                                          |                           |
| 920                             | \$ 900400                | \$ 450200            | \$ 1900                       | A. GASTOS MÉDICOS QUIRURGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS |                           |
| TOTAL A PAGAR                   |                          |                      |                               | HASTA                                                        |                           |
| \$ 1352500                      |                          |                      |                               | 800                                                          |                           |
|                                 |                          |                      |                               | 180                                                          |                           |
|                                 |                          |                      |                               | 750                                                          |                           |
|                                 |                          |                      |                               | 10                                                           |                           |
| FIRMA AUTORIZADA                |                          |                      |                               | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES                    |                           |

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos: Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

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, denuncie 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.

Protección de datos personales:

Con la inequívoca conducta de aceptar y no devolver la presente y en cumplimiento de la normatividad vigente de protección de datos personales, manifiesto que he autorizado a Seguros del Estado S.A. y Seguros de Vida del Estado S.A., para que mis datos sean tratados con fines de la gestión y ejecución integral del contrato de seguros, los cuales serán incluidos en una Base de Datos cuyo responsable son LAS ASEGURADORAS, quienes podrán hacer transferencia internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos, así como a conocer, actualizar y rectificar la información de conformidad con la política de tratamiento de datos personales publicada en la pagina [www.segurosdeleestado.com](http://www.segurosdeleestado.com).

Firmado por: SEGUROS DEL  
ESTADO S.A.  
Fecha: 2019.09.02 17:24:27 +0  
Razón: