AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
860.002.184-6

SUC.	RAMO	POLIZA N°
	10	

POLIZA DE SEGURO DE AUTOS
TIPO DE POLIZA: COLECTIVA AGRUPADORA

FECHA DE SOLICITUD DIA	MES	AÑO	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	N° AGRUPADOR	SUCURSAL
3	6	2020	EXPEDICION	0		BOGOTA CORREDORES

TOMADOR	Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación –Icfes-	NIT	860.024.301-6
DIRECCION	XXXXXXX	TELÉFONO	XXX
ASEGURADO	Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación –Icfes-	NIT	860.024.301-6
DIRECCION	XXXXXXX	TELÉFONO	XXX
BENEFICIARIO	Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación –Icfes-	NIT	860.024.301-6
DIRECCION	XXXXXXX	TELÉFONO	XXX

MONEDA	PESOS	PUNTO DE VENTA	FECHA MAXIMA DE PAGO DIA	MES	AÑO	MES DE VIGENCIA COBRO DESDE DIA	MES	AÑO	HORA	HASTA DIA	MES	AÑO	HORA	NÚMERO DE DIAS
TIPO DE CAMBIO	1.00													365

AMPAROS CONTRATADOS	SUMA ASEGURADA
VARIOS SEGÚN RELACION	VARIOS SEGÚN RELACION
VARIOS SEGÚN RELACION	VARIOS SEGÚN RELACION
VARIOS SEGÚN RELACION	VARIOS SEGÚN RELACION
VARIOS SEGÚN RELACION	VARIOS SEGÚN RELACION
VARIOS SEGÚN RELACION	VARIOS SEGÚN RELACION
VARIOS SEGÚN RELACION	VARIOS SEGÚN RELACION
VARIOS SEGÚN RELACION	VARIOS SEGÚN RELACION
VARIOS SEGÚN RELACION	VARIOS SEGÚN RELACION
VARIOS SEGÚN RELACION	SI AMPARA
VARIOS SEGÚN RELACION	SI AMPARA
VARIOS SEGÚN RELACION	SI AMPARA
ASISTENCIA	ESTANDAR

EJEMPLAR DE MUESTRA

FACTURA A NOMBRE DE: Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación –Icfes-
FORMA DE PAGO: SEGÚN CONDICIONES CLIENTE

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO (ARTICULO 81 Y 82, LEY 45 DE 1990).

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO. LAS CLAUSULAS. CONDICIONES GENERALES FORMA (*) Y PARTICULARES RELACIONADAS EN ESTA HOJA ANEXA

(*) FORMA ANEXA:

VALOR ASEGURADO	$**********	0.00
PRIMA	$**********	0
GASTOS	$**********	0.00
IVA -REGIMEN COMUN	$**********	0
AJUSTE AL PESO	$**********	0.00
TOTAL A PAGAR EN PESOS	$**********	0

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE RECIBIDO DE PARTE DE LA ASEGURADORA, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, A LAS CUALES ADICIONALMENTE, HE TENIDO ACCESO PERMANENTE A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB DE LA COMPAÑÍA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCION, SEGÚN RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993
EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.C. A LOS 10 DIAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO 2020

FIRMA AUTORIZADA

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO

CODIGO	COMPAÑIA	% PARTICIPACION	PRIMA
			$ -
			$ -
			$ -

INTERMEDIARIOS

CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION