

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

8430000631

PÓLIZA No: 843-16-994000000002 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: **843** RAMO: **16**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
29	8	2018	31	7	2018	23:59	31	7	2019	23:59	365	9	5	2024

FECHA DE EXPEDICIÓN: 29/08/2018 VIGENCIA DESDE: 31/07/2018 A LAS 23:59 VIGENCIA HASTA: 31/07/2019 A LAS 23:59 DIAS: 365 FECHA DE IMPRESIÓN: 09/05/2024

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**

DIRECCIÓN: **KR 8 15 42** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6012750000**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **DEUDORES DEL BANCO- LIBRANZA**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00

CATEGORIA: **CONTINUIDAD**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00

TEXTOS POLIZA
CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS OBLIGATORIAS SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRANZA BANCO GNB SUDAMERIS

VIGENCIA: 01 DE AGOSTO DE 2018 A LAS 00:00 HORAS, HASTA EL 31 DE JULIO DE 2019 A LAS 24:00 HORAS.

1. TOMADOR

Banco GNB Sudameris, en adelante el "Banco".

2. ASEGURADOS

Personas que adquieran una deuda con el Banco mediante la modalidad de libranza.

3. BENEFICIARIO

Por los amparos de fallecimiento e incapacidad total y permanente, será el Banco a título oneroso hasta el monto del saldo insoluto de la deuda. Para los demás amparos el beneficiario será el deudor asegurado, sus beneficiarios designados o los de Ley.

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
-------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	100			

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000843000063

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
C6DC23780F0FFC785C

CLIENTE

JGUAYACAN843 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>



Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES 2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros