

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**

PÓLIZA No: - - 994000000018 ANEXO: 859

AGENCIA EXPEDIDORA: BOGOTA SECTOR SOLIDARIO				COD. AGENCIA:				RAMO:			
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
28	11	2017	23:59	28	11	2017	23:59	28	12	2017	23:59
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE				A LAS			
TIPO DE MOVIMIENTO: REFACTURACION MANUAL				VIGENCIA HASTA				A LAS			
								DÍAS			
								FECHA DE IMPRESIÓN			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **COOPERATIVA NACIONAL DE DROGUISTAS DETALLISTAS** IDENTIFICACIÓN: NIT **860026123-0**

DIRECCIÓN: AUT BOGOTA MEDELLIN KM 4.7 COSTADO NORTE CIUDAD: COTA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 4375150

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **LOS ASOCIADOS DE COPIDROGAS** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **LOS ASOCIADOS DE COPIDROGAS Y/O LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 342 - 0 ASEGURADO: MAYA ARGOTE ANDREA MILENA CC/NIT: 27088714

AMPAROS	SUMA ASEGURADA
AMPARO BASICO DE MUERTE	20,000,000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	20,000,000.00
ENFERMEDADES GRAVES	10,000,000.00
INDEMNIZACION ADICIONAL POR M	20,000,000.00
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACI	500,000.00

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$*****84,977,864,000.00	VALOR PRIMA: \$*****9,633.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: \$*****0.00	TOTAL A PAGAR: \$*****9,633.00
---	--	--------------------	----------------------------	--

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
	%PART	%PART	

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

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

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 2508 DIC93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601. ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE