

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**6300200000**

**PÓLIZA No: 630 - 1 - 99400000025 ANEXO: 3**

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

Compañía de Seguros

AGENCIA EXPEDIDORA: **AGENCIA FLORENCIA** COD. AGENCIA: 630 RAMO: 1

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
6	3	2015	5	3	2015	23:59	24	2	2016	23:59	356	27	8	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	FECHA DE IMPRESIÓN			

TIPO DE MOVIMIENTO: COBRO DE PRIMAS TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **COOTRANSMOCCA** IDENTIFICACIÓN: NIT **84600586-3**

DIRECCIÓN: **CARRERA 8 #CLL 8 - CENTRO** CIUDAD: **MOCOA, PUTUMAYO** TELÉFONO: **3115138839**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **CONDUCTORES, AFILIADOS Y PROPIETARIOS** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

CATEGORIA: 1 - UNICA

AMPAROS	SUMA ASEGURAD	CANT. ASEGURAD
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	.00	0
MUERTE ACCIDENTAL	19330500.00	0
AUXILIO FUNERARIO	.00	0
MUERTE VIOLENTA POR HURTO O TENTATIVA DE	.00	0

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO DE MODIFICACION SE INGRESAN DOS ASEGURADOS ASI:

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$*****19,330,500.00	VALOR PRIMA: \$*****29,260.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: \$*****0.00	TOTAL A PAGAR: \$*****29,260.00
--	----------------------------------	--------------------	---------------------	------------------------------------

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
FEXVAN LTDA	1576	100			
FEXVAN LTDA	1576	100			
FEXVAN LTDA	1576	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**  **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá CLIENTE AMONTES 0

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA