



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
860.002.183-9

SUC.	RAMO	POLIZA No.
29	59	93

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR
TIPO DE POLIZA : NORMAL

FECHA SOLICITUD			EXPEDICIÓN			CERTIFICADO DE MODIFICACION	N° CERTIFICADO	FECHA DESDE				FECHA HASTA				NÚMERO DE DIAS
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO			DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	HORA	
29	01	2024	29	01	2024		1	01	03	2024	00:00	01	04	2024	00:00	31
TOMADOR BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.											NIT		860.034.594-1			
DIRECCIÓN KR 7 N° 24 89, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA											TELÉFONO		7456300			
ASEGURADO BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.											EDAD					
DIRECCIÓN KR 7 N° 24 89, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA											TELÉFONO		7456300			
SUCURSAL POLIZA BOGOTA						PUNTO DE VENTA		MONEDA		Pesos		TIPO CAMBIO		1.00		

CATEGORIA: 1-CONTRATOS DE LEASING HABITACIONAL/INMOBILIARIO Y/O
AMPAROS VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL
AMPARO BASICO DE MUERTE VER LISTADO DE ASEGURADOS
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE VER LISTADO DE ASEGURADOS

BENEFICIARIOS

FORMA DE PAGO: CONTADO 45 DIAS

PRIMA	\$ *****
GASTOS	\$ *****
AJUSTE AL PESO	\$ *****
IVA-RÉGIMEN COMÚN	\$ *****
PRIMA TOTAL PRIMER AÑO	\$ *****
PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO	\$ *****

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO. LAS CLAUSULAS, CONDICIONES GENERALES FORMA 03/01/2023-1404-P-34-VIDGRUPV_ENE2023-D001

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. 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 RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA LOCALIDAD DE BOGOTA A LOS 29 DIAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2024

FIRMA AUTORIZADA

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	% PARTICIPACION	PRIMA	CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
				58388	Agente	SCOTIABANK COLPATRIA S.A	100.00



Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512620 resto del país o #247 o página web www.axacolpatria.co contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón defensoria@consuelorodriguezvalero.com, teléfono 3134998023.

Usuario YLALARCONS

Consulte información sobre la Defensoría del Consumidor Financiero aquí <https://www.axacolpatria.co/documents/42201273/78141280/Folleto-virtual-consumidor-financiero.pdf>

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR No.93



CERTIFICADO DE:	MODIFICACION	HOJA ANEXA No. 1
TOMADOR	BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.	NIT 860.034.594-1
DIRECCIÓN	KR 7 N° 24 89, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 7456300

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. DA CONTINUIDAD A LAS CONDICIONES:

ANEXO 1 - CLAUSULAS ADICIONALES.

CLÁUSULA AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A (en adelante LA COMPAÑÍA) serán la entidad Responsable del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán en observancia de las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO DE MANERA LIBRE, EXPRESA, PREVIA INEQUÍVOCA a LA COMPAÑÍA su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario, presente o futuro de sus obligaciones y derechos para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) Usar, compartir, transmitir o transferir mis datos personales a las matrices, filiales subordinadas de la COMPAÑÍA, así como a sus socios comerciales o terceros como dentro y fuera del país, nacionales o extranjeros, de naturaleza pública o privada, conforme al cumplimiento de las finalidades expuestas. iv) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, v) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que, como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementan, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar, corregir o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiéndolo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13 hoy compilado por el Decreto 1074 del 2015, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LA COMPAÑÍA, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado, y finalmente entiendo que, para el ejercicio de estos derechos, LA COMPAÑÍA ponen a mi disposición como Titular los canales de atención publicados en su Política de Tratamiento de Datos Personales, la cual puedo consultar en la página web <https://www.axacolpatria.co>. Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor comuníquese con nuestro centro telefónico de atención integral AXA COLPATRIA, al 423 57 57 en Bogotá o al 018000 512 620 fuera de Bogotá, o si lo desea puede enviarnos un correo electrónico a: servicioalcliente@axacolpatria.com o a los demás canales expuestos en nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales.



86878555AC368D2

USUARIO: YLALARCONS

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.93



CERTIFICADO DE: MODIFICACION		HOJA ANEXA No. 2
TOMADOR	BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.	NIT 860.034.594-1
DIRECCIÓN	KR 7 N° 24 89, BOGOTA D.C, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 7456300



8687E555AC36BD2

USUARIO: YLALARCONS

Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512620 resto del país o #247 o página web www.axacolpatria.co contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón defensoria@consuelorodriguezvalero.com, teléfono 3134998023.

Consulte información sobre la Defensoría del Consumidor Financiero aquí <https://www.axacolpatria.co/documents/42201273/76141280/Folleto-virtual-consumidor-financiero.pdf>

SISE-U-002-0



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
860.002.183-9

SUC.	RAMO	POLIZA No.
29	59	93

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS ANEXO NUMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARATULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERAN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA : \$**0.00
FORMA DE PAGO CONVENIDA : CONTADO 45 DIAS

PLAN DE PAGOS

SEGUN EL ARTICULO 1068 DEL CODIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCION CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSABLE PARA LA INICIACION DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O FRACCION CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE (30) TREINTA DIAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO.

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. 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.

SE FIRMA EN BOGOTA

EN ENERO 29

DE 2024

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

EL ASEGURADO



Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512620 resto del país o #247 o página web www.axacolpatria.co contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón defensoria@consuelorodriguezvalero.com, teléfono 3134998023.

Consulte información sobre la Defensoría del Consumidor Financiero aquí <https://www.axacolpatria.co/documents/42201273/76141280/Folleto-virtual-consumidor-financiero.pdf>