

**POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES**

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**7040000031**

**PÓLIZA No: 704 - 16 - 994000000003 ANEXO: 0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEGOCIOS CORPORATIVOS - BANCO ITAÚ** COD. AGENCIA: 704 RAMO: 16

|                     |     |      |                |     |      |       |                |     |      |       |      |                    |     |      |
|---------------------|-----|------|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|------|--------------------|-----|------|
| DIA                 | MES | AÑO  | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA            | MES | AÑO  | HORAS | DIA  | MES                | AÑO |      |
| 10                  | 8   | 2018 | 31             | 8   | 2018 | 23:59 | 31             | 10  | 2019 | 23:59 | 426  | 25                 | 9   | 2018 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN |     |      | VIGENCIA DESDE |     |      | A LAS | VIGENCIA HASTA |     |      | A LAS | DÍAS | FECHA DE IMPRESIÓN |     |      |

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

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **890903937-**  
DIRECCIÓN: **KR 7 99 53 PI 21** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6448000**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **DEUDORES CARTERA PRIMA UNICA** IDENTIFICACIÓN:  
DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:  
BENEFICIARIO: **BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. Y/O LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

CATEGORIA: **CARTERA PRIMA UNICA**

|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| AMPAROS                        | SUMA ASEGURAD |
| AMPARO BASICO DE MUERTE        | 5000000000.00 |
| INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE | 5000000000.00 |

TEXTOS POLIZA  
EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA ES A LAS 00 HORAS DEL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2018 HASTA LAS 23:59 DEL 31 DE OCTUBRE DE 2019.

TOMADOR  
ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.

GRUPO ASEGURADO  
PERSONAS NATURALES QUE TENGAN DEUDAS CON BANCO ITAÚ EN LAS LÍNEAS DE CRÉDITO HIPOTECARIO Y LEASING HABITACIONAL, INCLUIDO EL DEUDOR PRINCIPAL, DEUDOR SOLIDARIO, CODEUDORES, AVALISTAS Y CÓNYUGE. DE IGUAL FORMA SE PUEDEN AMPARAR LOS REPRESENTANTES LEGALES DE SOCIEDADES SAS, LTDA Y SOCIEDAD EN COMANDITAS SIMPLES.

BENEFICIARIO  
BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S, A,

VIGENCIA  
DESDE EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2018 A LAS 00:00 HORAS HASTA EL 31 DE AGOSTO DEL 2020 A LAS 24:00 HORAS.

DURACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL  
LA DURACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO INICIA DESDE EL MOMENTO DEL DESEMBOLSO DEL CRÉDITO O DEL DESEMBOLSO Y/O ANTICIPO DEL CONTRATO DE LEASING HABITACIONAL, LO PRIMERO QUE OCURRA Y ESTÁ VIGENTE HASTA LA CANCELACIÓN TOTAL DE LA DEUDA INCLUYENDO LAS EVENTUALES PRÓRROGAS AUTORIZADAS POR EL BANCO, EXTENDIÉNDOSE TAMBIÉN A LA DURACIÓN DE LOS PROCESOS JUDICIALES QUE SE INICIEN PARA HACER EFECTIVO EL PAGO EN LOS CASOS DE MORA, SIEMPRE CON SUJECCIÓN A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

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

|                                     |                           |                    |                   |                             |
|-------------------------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|
| VALOR ASEGURADO TOTAL:<br>*****0.00 | VALOR PRIMA:<br>*****0.00 | GASTOS EXPEDICION: | IVA:<br>*****0.00 | TOTAL A PAGAR:<br>*****0.00 |
|-------------------------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|

| INTERMEDIARIO |       |       | COASEGURO CEDIDO |       |                 |
|---------------|-------|-------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE        | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑÍA  | %PART | VALOR ASEGURADO |
|               |       |       |                  |       |                 |

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 DARÁ 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)00000000007000704000003

**FIRMA TOMADOR**

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



CVCAMACHO 0