



SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMÓVIL & SOAT

Código: CSP-SSA
Versión: 2
Fecha: Enero 2018

Fecha de diligenciamiento

DD

MM

AA

Recibe

Datos personales asociado

Primer nombre _____ Segundo nombre _____
 Primer apellido _____ Segundo apellido _____
 Tipo de documento: CC CE Otro ¿Cuál? _____ Número _____
 Correo electrónico _____ Celular _____

Servicio solicitado Soat Poliza de Seguro

Datos personales propietario

El asociado es el propietario del automóvil? SI NO
 En el caso que el asociado sea el propietario, **no** diligencie la siguiente información:
 Primer nombre _____ Segundo nombre _____
 Primer apellido _____ Segundo apellido _____
 Tipo de documento: CC CE Otro ¿Cuál? _____ Número _____
 Correo electrónico _____ Celular _____

Vehículo Financiado

Entidad Financiera

Si No Leasing _____
 *Si el asegurado es persona jurídica indicar los datos del representante legal:
 Soat: _____
 Fecha de vencimiento: DD MM AA

Nombre _____ Correo electronico: _____

No. de Documento _____ Telefono: _____

Fecha de Nacimiento DD MM AA Celular: _____

Tipo de Vehículo
 Camioneta / Campero
 Automovil / Moto
 Pesado / Utilitario

Modelo _____ Placa _____ Marca _____ Zona de Circulación / Ciudad _____ Servicio _____

Linea _____ Cilindraje _____

Servicio Publico / Que Transporta

Se Encuentra Asegurado

Compañía _____ Vigencia
 Desde DD MM AA Hasta DD MM AA

Forma de pago

Ventanilla Débito Automático Pse Descuento de nómina No. de cuotas
 Pago por tercero Nombre: _____ No. _____

Valor a Pagar: _____

Mandato: Con base en el acuerdo solidario encargo expresamente a la Cooperativa Su Presencia para que a mi favor adquiera, a cualquier título, el (los) bien(es) y/o servicio(s) que se indica(n) en esta solicitud y en general todos aquellos que proporcionen bienestar al (la) suscrito(a) y su grupo familiar y a ello se compromete gratuitamente la Cooperativa con la aceptación expresa o tácita de éste mandato. **De manera expresa reconozco, que en caso de mora en el pago total o de una o varias cuotas del servicio y/o bien adquiridos, el presente documento presta merito ejecutivo para el cobro de las suma por valor de \$ _____, la debera ser cancelada el día _____.**

Firma Tercero:

C.C:

Apreciado asociado: Una vez entregado el servicio, tenga en cuenta que no se realizará devolución o cambio. Le recomendamos verificar la fecha de vencimiento. Conozco los Términos y Condiciones de aplicación de los servicios. Si No

Firma Asociado

C C :



Instrucciones de Suscripción

Si desea cotizar su vehiculo tenga en cuenta :

- 1 Completo Diligenciamiento del Formulario
- 2 Presentar Copia de la Tarjeta de Propiedad
- 3 Presentar Copia del Documento de Identidad del Dueño del vehiculo
- 4 Presentar Copia del Seguro Obligatorio SOAT
- 5 Si el vehiculo es 0 Kilometros, favor adjuntar copia de la Factura o Factura Proforma

Si desea emitir su poliza tenga en cuenta:

- 1 Confirmacion de la Oferta y Compañía Seleccionada
- 2 Asignacion de Inspeccion
- 3 Diligenciamiento del Formualrio de Conocimiento del cliente SARLAFT (Segun la Aseguradora Seleccionada)
- 4 Presentacion de Inspeccion -Vehiculo debe estar Limpio y con todas sus partes -presetar la documentacion completa del mismo
- 5 Reporte de SARLAFT al correo CONTACTO - luis.alvarez@mrc.com.co
- 6 La generacion del Documento Poliza tomara entre 1 y 3 dias habiles según sea el caso

Observaciones

Todos los documentos Poliza o Certificados de Seguro, se remitiran via Correo Electronico al cliente en Formato PDF, asi como la Informacion propia del Seguro y los condicionados correspondientes, estos se prodran imprimir en impresora laser, mas todos son validos como originales ante cualquier entidad competente.

El pago del Seguro y sus Formas, se tramitaran directamente con el funcionario designado en la Cooperativa SUPRESENCIA