



SUPRESENCIA  
COOPERATIVA

## SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMÓVIL & SOAT

Código: CSP-SSA  
Versión: 3  
Fecha: Enero 2019

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 .....

### Vehiculo 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: .....

DD

MM

AA

Celular: .....

### Tipo de Vehiculo

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

## 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 [servicioalassociado@supresenciacooperativa.com](mailto:servicioalassociado@supresenciacooperativa.com)
- 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





