



# 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:	<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> CE	Otro <input type="radio"/> ¿Cuál? _____
Correo electrónico	_____		Número Celular _____
Servicio solicitado	<input type="radio"/> Soat	<input type="radio"/> Poliza de Seguro	<input type="radio"/>

## Datos personales propietario

El asociado es el propietario del automóvil?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
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:	<input type="radio"/> CC	<input type="radio"/> CE	Otro <input type="radio"/> ¿Cuál? _____
Correo electrónico	_____		
		Número Celular _____	

## Vehiculo Financiado

## Entidad Financiera

Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Leasing
*Si el asegurado es persona jurídica indicar los datos del representante legal:	<b>Soat:</b>	
	Fecha de vencimiento:	DD MM AA
Nombre	Correo electronico:	
No. de Documento	Telefono:	
Fecha de Nacimiento	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

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 -prestar la documentacion completa del mismo
- 5 Reporte de SARLAFT al correo CONTACTO [servicioalasociado@supresenciacooperativa.com](mailto:servicioalasociado@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

