



SUPRESENCIA
COOPERATIVA

SOLICITUD DE POLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVIL

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 **Poliza de Seguro de :**

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 -prestar la documentacion completa del mismo
- 5 Reporte de SARLAFT al correo CONTACTO servicioal asociado@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 podran 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

