

FORMATO SOLICITUD PÓLIZA DE VEHÍCULO

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: _____ Día | Mes | Año

Información del asociado

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
 Tipo de documento: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PAS N° de Identificación: _____ Dirección de residencia: _____
 Teléfono residencia: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Información laboral

Empresa donde labora: _____ Cargo: _____
 Dirección de oficina: _____ Teléfono de oficina: _____ Ext: _____

Solicitud de seguro / Datos del vehículo

Placa de vehículo _____ Modelo _____ Prenda: SI ☐ A favor de: _____ Tipo de servicio
 Marca _____ Línea _____ NO ☐ Nit: _____ Particular ☐ Público ☐

Mandato

¿Sus obligaciones las cancelará un tercero? SI ☐ NO ☐
 Con base en el acuerdo solidario encargo expresamente a la Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) 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 este mandato.

Trámite de inclusión a la póliza de seguro de automóviles

Si el asociado no es el propietario del vehículo que se incluirá en la póliza, complete la siguiente información:
 Nombre del propietario: _____
 Tipo de documento: ☐ C.C. ☐ C.E. N° de Identificación: _____
 Teléfono residencia: _____ Celular: _____
 Correo electrónico: _____
 Parentesco con el asociado: _____

Autorizaciones y Declaraciones

Habeas Data - Protección de datos personales

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es la COOPERATIVA DE PROFESIONALES SANITAS con las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos; 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. 4. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a CPS a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de CPS, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que CPS establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados. Esta autorización permanecerá vigente mientras me encuentre asociado a CPS, excepto que tenga una(s) obligación(es) pendiente de pago posterior a mi retiro, caso en el cual la autorización estará vigente hasta pago total de la(s) misma(s) o hasta que sea revocada esta autorización de acuerdo a lo establecido en la ley. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo electrónico: seguros_cps@cooperativasnitas.com o entregarla en las oficinas de la CPS ubicadas en Bogotá en la Calle 125 No. 21 A - 70 Of. 501.

Por medio de la presente solicito a ustedes la inclusión del vehículo relacionado en la póliza de vehículo de la Cooperativa de Profesionales Sanitas.

Autorizo a mi pagador y/o empleador para que descuento de mis prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones e indemnizaciones, y/o comisiones, así como cualquier otro derecho económico que resultare a mi favor y transfiera a la Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) el valor de esta póliza.

Anexe:

1. Fotocopia Licencia de Transito del vehículo (Aumentada al 110%).
2. Debe realizar la inspección por medio de la plataforma de MAPFRE o solicitarla de forma presencial a la Cooperativa de Profesionales Sanitas para dar trámite a la asegurabilidad del vehículo.
3. Si su vehículo se encuentra en concesionario y es nuevo, debe adjuntar la factura de compra.
4. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del propietario del vehículo.
5. Formulario de Conocimiento del asociado (SARLAFT).
6. Rut - Declaración de renta.

Nota: La póliza se renueva automáticamente cada año, usted podrá diferir el valor de la póliza como máximo en el número de meses hasta la próxima renovación.

Recuerde que cualquier cambio o actualización de propietario del vehículo debe ser informada por escrito a la CPS o a través de correo electrónico: seguros_cps@cooperativasnitas.com, en caso de no ser notificado cualquier cambio en la tarjeta de propiedad, ni la Cooperativa de Profesionales Sanitas ni la Aseguradora, se harán responsables de cualquier eventualidad.

Registro de firmas

Con mi firma acepto expresamente las condiciones descritas en este formulario

Firma
solicitante: _____

Firma
tercero: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

C.C., C.E. ó PAS No.: _____

C.C., C.E. ó PAS No.: _____

Campo exclusivo CPS

Nombre del asesor que realizó la solicitud: _____