



**SOLICITUD DE POLIZA  
SEGUROS DE AUTOMOVILES**

Version: 1

Fecha de Aprobación:  
17/10/2019

Aseguradora LIBERTY SEGUROS

MM

DD

AAAA

**1. DATOS DEL CLIENTE**

**Tomador**

FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO

**NIT/C.C**

860.024.035-1

**Direccion**

AV CALLE 100 No 60-04 OFICINA 619

**Telefono**

3907181

**Asociados (Nombres y Apellidos)**

**C.C Asociado**

**Telefono asociado**

**Empresa donde labora**

**Mail personal**

**Propietario Vehiculo (Nombres y Apellidos)**

**C.C Propietario vehiculo**

**Direccion de Residencia Propietario**

**Ciudad de circulación del vehiculo**

**Fecha nacimiento propietario**

**Telefono**

**Profesion**

**Ocupación**

**Nombre Beneficiario Oneroso del seguro**

**NIT/CC**

**2. DATOS DEL VEHICULO**

MARCA	LINEA	MODELO	SERVICIO	COLOR
PLACA	MOTOR	SERIE O CHASIS		

**Requisitos**

1. Esta solicitud debidamente diligenciada
2. Copia de Tarjeta de propiedad
3. Copia cedula del propietario del vehiculo

**Observaciones**

\* Si la tarjeta de propiedad no esta a nombre del dueño del vehiculo, adjuntar copia del contrato de compraventa o copia del radicado del transpaso.

**\* en caso tal de aprobada la cotización del seguro de vehiculo, Con la presente solicitud autorizo a descontar por nomina cada mes el valor de la prima correspondiente a este seguro.**

**Tratamiento de datos**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1074 de 2.015 y demás normas que lo adicionen modifiquen o revoquen como Titular de mis datos personales, incluyendo datos sensibles cuando así se requiera, doy mi consentimiento previo, libre, expreso e informado al FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO en adelante -FESFA para que éstos sean incorporados en una base de datos bajo la responsabilidad de FESFA, para que sean recaudados, usados, dispuestos, tratados, transferidos, cedidos, intercambiados, o modificados.

Firma Asociado

C.C No