



**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