

	SOLICITUD DE POLIZA SEGUROS DE AUTOMOVILES	Version: 1
		Fecha de Aprobación: 17/10/2019

Aseguradora EQUIDAD 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