



# 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: \_\_\_\_\_  
 Marca \_\_\_\_\_ Línea \_\_\_\_\_ NO  Nit: \_\_\_\_\_ Tipo de servicio  
 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: \_\_\_\_\_