



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

**SOLICITUD DE REEMPLAZO POLIZAS DE SEGURO OBLIGATORIO SOAT**

**EL REEMPLAZO TIENE UN VALOR DE \$6.800**

FECHA:	DD / MM / AA	Nº PZ.REEMPLAZADA:	Nº PZ.ENTREGADA:	SUCURSAL:
PLACA:		MOTIVO DEL REEMPLAZO:		
TOMADOR DE LA POLIZA:			CEDULA:	
NOMBRE DEL SOLICITANTE:			CEDULA:	
DIRECCION:			TELEFONO:	
FIRMA:	CON DENUNCIA:		SI	NO