

# SOLICITUD DE PLAN EXEQUIAL LOS OLIVOS EMPRESARIAL

SUCURSAL	FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO	NUEVO <input type="radio"/> RENOVACIÓN <input type="radio"/>	DESDE DÍA MES AÑO	VIGENCIA DÍA MES AÑO	HASTA DÍA MES AÑO
----------	-----------------------------------	--	----------------------	-------------------------	----------------------

DATOS DEL CONTRATANTE			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>	RAZON SOCIAL O NOMBRE (Apellidos y nombres)	NUMERO DE CONTRATO	TIPO DE PLAN INTEGRAL <input type="radio"/> TRADICIONAL <input type="radio"/>
No.			PRODUCTO

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/>	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE
No.			SEGUNDO NOMBRE
CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	SEXO M F	ESTADO CIVIL VIUDO <input type="radio"/> SEPARADO <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/>	UNION LIBRE <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/>
			Ocupación

DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR AFILIADO										
TIPO DOC.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA			EDAD	PARENTESCO

ADICIONALES										
TIPO DOC.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA			EDAD	PARENTESCO

CUOTAS							
EXEQUIAS GR. FAMILIAR	EXEQUIAS ADICIONALES	SEG. VIDA GR. ASEG. PPAL.	SEG. VIDA GR. FLIAR	SEG. ACC. PERSONALES	VALOR TOTAL	MODALIDAD DE PAGO	
\$	\$	\$	\$	\$	\$		

OBSERVACIONES

AUTORIZO A DEBITAR O DESCONTAR EL VALOR DE LAS CUOTAS DESCRITAS EN EL ACUERDO DE PAGO DEL PLAN. ESTA AUTORIZACION QUEDA SUJETA A LOS REGLAMENTOS Y CONDICIONES DE LA ENTIDAD QUE REALIZA EL DEBITO O DESCUENTO Y A LAS MODIFICACIONES QUE SE HAGAN EN EL FUTURO DE ELLOS.

VOLUNTARIAMENTE ME ADHIERO A LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO SOLICANASTA Y/O POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES TOMADO POR LA FUNERARIA

FIRMA Y CEDULA DEL AFILIADO  
C.C.

FUNERARIA

FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL  
C.C.

**- SOLICANASTA - ACCIDENTES PERSONALES -**



## SOLICITUD POLIZA DE VIDA GRUPO Y/O POLIZA ACCIDENTES PERSONALES

EMPIEZA A LAS 23:59 HORAS DEL			VIGENCIA			TERMINA A LAS 23:59 HORAS DEL		
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL			
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/>	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE
No.			SEGUNDO NOMBRE

PÓLIZA VIDA GRUPO - ASEGURADO PRINCIPAL		
VALOR ASEGURADO	PAGO INMEDIATO	BONOS CANASTA
\$	\$	\$

PÓLIZA VIDA GRUPO - GRUPO FAMILIAR		PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES	
V. A. ASEGURADO PRINCIPAL	V. A. GRUPO FAMILIAR	V. A. ACCIDENTES PERSONALES	V. A. AUXILIO EDUCATIVO
\$	\$	\$	\$

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS							
TIPO DOC.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DESIG.
1	PAGO INMEDIATO						
2	PAGO INMEDIATO						
3	BONO MENSUAL						
						<b>AFINIDAD</b>	

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ES CRIBA N.A (NO APLICA). DECLARO QUE LO ANOTADO EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS ES VERDICO, POR LO TANTO LA FALSEDA, OMISION, ERROR O LA RETICENCIA EN ELLAS, TENDRAN LAS CONSECUENCIAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO (ARTICULO 1068 Y 1158 DEL CODIGO DE COMERCIO).

FIRMA Y CEDULA DEL ASEGURADO  
C.C.

ASEGURADORA

FORMA PEX-04.1 07-2009

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA