

329222

VIGENCIA

CLASE DE VINCULACIÓN <b>ASEGURADO</b>	FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO	RAMO <b>EXEQUIAS</b>	NUEVA <input type="radio"/> RENOVACIÓN <input type="radio"/>	AGENCIA	DESDE LAS 23:59 DÍA MES AÑO	HASTA LAS 23:59 DÍA MES AÑO
--	-----------------------------------	-------------------------	---	---------	--------------------------------	--------------------------------

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

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL				
TIPO DE DOCUMENTO No.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	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"/> UNION LIBRE <input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/>	OCUPACIÓN	

DATOS DEL NUCLEO FAMILIAR											
TIPO	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA			PARENTESCO	GENERO F M	CERTIF. D P
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											

ADICIONALES											
TIPO	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA			PARENTESCO	GENERO F M	CERTIF. D P
1											
2											

AMPAROS SOLICANASTA - BENEFICIARIOS		
VALOR ASEGURADO \$	PAGO INMEDIATO \$	BONOS CANASTA \$

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS							
TIPO	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DESIG
1	PAGO INMEDIATO						
2	PAGO INMEDIATO						
3	BONO MENSUAL					AFINIDAD	

PRIMAS				
PRIMA NUCLEO FAMILIAR \$	PRIMA ASEGURADOS ADICIONALES \$	PRIMA SOLICANASTA \$	VALOR TOTAL PRIMA \$	MODALIDAD DE PAGO

**OBSERVACIONES**

AUTORIZO A DEBITAR O DESCONTAR EL VALOR DE LAS CUOTAS DESCRITAS EN EL ACUERDO DE PAGO DE LA POLIZA. 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.

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACION POR FAVOR ESCRIBANA A. (NO APLICA). La presente solicitud de seguro no compromete a Aseguradora Solidaria a aceptar el(los) riesgo(s) relacionados en la misma, por lo tanto el recibo de esta solicitud no genera ningún tipo de contrato, obligación o responsabilidad por parte de la misma. Esta solicitud se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) Riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Compañía para el tema de suscripción y por la manifestación de aceptación del solicitante.

FIRMA Y CEDULA DEL ASEGURADO  
C.C.

ASEGURADORA

FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL  
C.C.