

SOLICITUD DE AFILIACIÓN PLAN EXEQUIAL EMPRESARIAL

CLASE DE VINCULACION AFILIADO		FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO			PLAN EXEQUIAL	NUEVA RENOVIACION <input type="radio"/>	SUCURSAL <input type="radio"/>	VIGENCIA DÍA MES AÑO			DÍA MES AÑO				
DATOS DEL CONTRATANTE															
TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>		RAZON SOCIAL O NOMBRES (Apellidos y Nombres)				NUMERO DE CONTRATO			TIPO DE PLAN INTEGRAL <input type="radio"/> TRADICIONAL <input type="radio"/>						
No.															
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			SEGUNDO NOMBRE				
No.															
CORREO ELECTRONICO				TELEFONO		DIRECCION				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"/>			OCUPACION						
DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR AFILIADO															
TIPO	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	CANASTA		GENERO		CERTIF	
						DD	MM	AAAA		SI	NO	F	M	D	P
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
ADICIONALES															
TIPO	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	GENERO					
						DD	MM	AAAA		F	M				
1															
2															
3															
4															
VALOR DEL PLAN															
EXEQUIAS GR. FAMILIAR	EXEQUIAS ADICIONALES	SOLICANASTA ASEG. PPAI	SOLICANASTA GR. FLIAR	ACCID. PERSONALES	VALOR TOTAL	MODALIDAD PAGO									
\$	\$	\$	\$	\$	\$										
AUTORIZO A DEBITAR O DESCONTAR EL VALOR DE LAS CUOTAS DESCRITAS EN EL ACUERDO DE PAGO DEL CONTRATO. ESTA AUTORIZACIÓN 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 PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES TOMADO POR LA FUNERARIA															

FIRMA Y CEDULA DEL CONTRATANTE
C.C.

FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL

FUNERARIA / CLIENTE

SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO SOLICANASTA Y/O



PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

VIGENCIA					
EMPIEZA A LAS 23:59 HORAS			TERMINA A LAS 23:59 HORAS		
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			SEGUNDO NOMBRE		
No.													
AMPARO SOLICANASTA – ASEGURADO PRINCIPAL													
VALOR ASEGURADO				PAGO INMEDIATO				BONOS CANASTA					
\$				\$				\$					
AMPARO SOLICANASTA – GRUPO FAMILIAR							AMPARO ACCIDENTES PERSONALES						
V. A. ASEGURADO PRINCIPAL			V. A. GRUPO FAMILIAR				V. A. ACCIDENTES PERSONALES			V. A. AUXILIO EDUCATIVO			
\$			\$				\$			\$			
DESIGNACIÓN 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						
OBSERVACIONES													

FIRMA Y CEDULA DEL ASEGURADO
C.C.

ASEGURADORA / CLIENTE