

SUCURSAL

FECHA DE SOLICITUD

DÍA

MES

AÑO

NUEVO

RENOVACIÓN

DESDE

DÍA

MES

AÑO

VIGENCIA

HASTA

DÍA

MES

AÑO

TIPO DE DOCUMENTO

CC

CE

NIT

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE

(Apellidos y nombres)

NÚMERO DE CONTRATO

TIPO DE PLAN

INTEGRAL

TRADICIONAL

PRODUCTO

TIPO DE DOCUMENTO

CC

CE

TIO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

DIRECCIÓN

CIUDAD / MUNICIPIO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

SEXO

M

F

ESTADO CIVIL

VIUDO

SEPARADO

UNIÓN LIBRE

SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

OCCUPACIÓN

TIPO DOC

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

DD

MM

AAAA

EDAD

PARENTESCO

TIPO DOC

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

DD

MM

AAAA

EDAD

PARENTESCO

EXEQUIAS GR. FAMILIAR

EXEQUIAS ADICIONALES

SOLICANASTA ASEG. PPAL.

SOLICANASTA 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 AUTORIZACIÓN QUEDA SUJETA A LOS REGLAMENTOS Y CONDICIONES DE LA ENTIDAD QUE REALIZA EL DÉBITO O DESCUENTO Y A LAS MODIFICACIONES QUE SE HAGAN EN EL FUTURO DE ELLOS.

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

**FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL
C.C.**



NIT.860.524.654-6

- SOLICANASTA - ACCIDENTES PERSONALES-

SOLICITUD SEGURO SOLICANASTA Y/O PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

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

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL							
TIPO DE DOCUMENTO CC ☐ CE ☐ TIO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
No.						SEGUNDO NOMBRE	
PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - ASEGURADO PRINCIPAL							
\$ VALOR ASEGURADO		\$ PAGO INMEDIATO		\$ BONOS CANASTA			
PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - GRUPO FAMILIAR				PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES			
\$ V.A. ASEGURADO PRINCIPAL		\$ V.A. GRUPO FAMILIAR		\$ V.A. ACCIDENTES PERSONALES		\$ V.A. AUXILIO EDUCATIVO	
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS							
TIPO DOC	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DESIG
	PAGO INMEDIATO						
	PAGO INMEDIATO						
	BONO MENSUAL						
TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN LA SECCIÓN DE ASESORIA JURÍDICA DE LA FISCALÍA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ.							AFINIDAD

AFINIDAD

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS. POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N/A (NO APLICA). DECLARO QUE LO ANOTADO EN ESTA SOLICITUD DE SEGUROS ES VERDICO, POR LO TANTO LA FALSEDAZ, 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).

FORMULARIO Y CEDULA DEL ASEGURADO
C.C.