



SOLICITUD DE AFILIACIÓN PLAN EXEQUIAL EMPRESARIAL

CLASE DE VINCULACION AFILIADO	FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO	PLAN EXEQUIAL	NUEVA RENOVACION <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"/>								
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. PPAL	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 DÍA MES AÑO						TERMINA A LAS 23:59 HORAS 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																	
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). Aseguradora Solidaria a aceptar el(los) riesgo(s) relacionados en las mismas, 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 / CLIENTE