SOLICITUD DE PLAN EXEQUIAL EMPRESARIAL LA CANDELARIA

La Candelaria
Un sendero hacia la luz

SUCURSAL	FECHA DE SOLICITUD DÍA MES AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO	HASTA DÍA MES AÑO

DATOS DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO CC ○ CE ○ NIT ○ No.	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE (Apellidos y nombres)	NÚMERO DE CONTRATO	NUEVO ◯ RENOVACIÓN ◯ TIPO DE PLAN

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO CC ○ CE ○ TI ○ No.	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 ○		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	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 PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES TOMADO POR LA FUNERARIA

FIRMA Y CÉDULA DEL AFILIADO
C.C.

FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL
C.C.

FUNERARIA / CLIENTE

FORMA PEX-04.1 Version Candelaria 10-2010
GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.654-6

- SOLICANASTA – ACCIDENTES PERSONALES-

SOLICITUD SEGURO SOLICANASTA Y/O PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

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

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO CC ○ CE ○ TI ○ No.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - ASEGURADO PRINCIPAL

VALOR ASEGURADO	PAGO INMEDIATO	BONOS CANASTA
$	$	$

PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - GRUPO FAMILIAR

V. A. ASEGURADO PRINCIPAL	V.A. GRUPO FAMILIAR
$	$

PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES

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					AFINIDAD	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 VERÍDICO, POR LO QUE, LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O LA RETICENCIA EN ELLAS TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO (ARTÍCULOS 1068 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO).

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO
C.C.

ASEGURADORA / CLIENTE