

Contrato de Previsión Exequial



SC3832-1 SA-CER579557 OS-CER579559

FECHA DE ELABORACIÓN: DÍA MES AÑO SUCURSAL NUEVO RENOVACIÓN DESDE VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

DATOS DE LA EMPRESA: NIT. TEL.

DIRECCIÓN DEPARTAMENTO CIUDAD

TIPO DE PLAN: EMPRESARIAL POR TI EMPRESARIAL INDIVIDUAL CRISTO REY RESID. PRODUCTO: TRADICIONAL VERDE INTEGRAL ORO VERDE UNIFAMILIAR INTEGRAL UNIFAMILIAR INTEGRAL UNIPERSONAL VERDE UNIPERSONAL INDIVIDUAL I INDIVIDUAL II INDIVIDUAL (PAP) ASISTENCIA FUERA DE CASA

NOVEDADES INGRESO RETIRO MODIFICACIÓN PAGADOR (NOMBRES Y APELLIDOS) C.C.

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL - CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO No. CC CE Exp. PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO SEXO M | F TELÉFONO CELULAR DIRECCIÓN BARRIO
ESTRATO ESTADO CIVIL VIUDO SEPARADO UNIÓN LIBRE SOLTERO CASADO DIVORCIADO E-mail
CIUDAD / MUNICIPIO ACTIVIDAD ECONÓMICA CÓDIGO CIU CARGO

ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI NO INGRESOS MENSUALES ACTIVIDAD PRINCIPAL: OTROS INGRESOS ESPECIFICAR: EGRESOS:

DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR PROTEGIDO / BENEFICIARIOS

TIPO DOC	N° DOCUMENTOS DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA	EDAD	PARENTESCO	VALOR MES
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

TOTAL CUOTA MES EXEQUIAS \$

ADICIONALES

TIPO DOC	N° DOCUMENTOS DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA	EDAD	PARENTESCO

VALOR DEL CONTRATO

EXEQUIAS GR FAMILIAR \$	ADICIONALES \$	SOLICANASTA ASEG. PPAL \$	SEG. ACC. PERSONALES \$	VALOR TOTAL \$	N° CUOTAS	VALOR CUOTA \$	MODALIDAD

El contratante declara que ha leído, analizado, revisado y comprendido a cabalidad las presentes condiciones y la asesoría brindada aceptándolas en su integridad

Observaciones:

ESTE CONTRATO RIGE A PARTIR DEL PAGO DE LA PRIMERA CUOTA Y REEMPLAZA CUALQUIER OTRO CONTRATO SUSCRITO ENTRE LAS MISMAS PARTES

Voluntariamente me adhiero a la póliza de vida grupo solicanasta tomado por la funeraria.

FIRMA DEL CONTRATANTE C.C. HUELLA FIRMA DEL ASESOR C.C. VoBo VERIFICACIÓN C.C.



-SOLICANASTA- SOLICITUD SEGURO SOLICANASTA

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

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO No. CC CE Exp. PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

PÓLIZA SEGURO SOLICANASTA - ASEGURADO PRINCIPAL			PÓLIZA ACCIDENTES PERSONALES	
VALOR ASEGURADO \$	PAGO INMEDIATO \$	BONO CANASTA \$	V.A ACCIDENTES PERSONALES \$	V.A AUXILIO EDUCATIVO \$

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA SOLICANASTA

TIPO DOC	N° DOCUMENTOS DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DESIG

VIGILADO SUPER DE ECONOMIA SOLIDARIA

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 TANTO LA FALSEDAD, OMISIÓN, ERROR O LA RETICENCIA EN ELAS, TENDRÁN LAS CONSECUENCIAS ESTABLECIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO (ARTICULO 1068 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO)

FIRMA DEL AFILIADO C.C.

FUNERARIA / CLIENTE

FIRMA DEL ASESOR C.C.

