Un homenaje al amor

Los Olivos

SOLICITUD DE PLAN EXEQUIAL LOS OLIVOS EMPRESARIAL

FICHA DIGITAL

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

DATOS DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	RAZÓN SOCIAL	NÚMERO DE CONTRATO	TIPO DE PLAN
CC: CE: NIT: N°			INTEGRAL PRODUCTO

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC: x CE: TI: N°				

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	SEXO F M	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN
		VIUDO SEPARADO UNIÓN LIBRE SOLTERO CASADO DIVORCIADO	

DATOS 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

BENEFICIARIOS 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 GRUPO FAMILIAR	EXEQUIAS ADICIONALES	SOLICANASTA ASEG. PPAL	SOLICANASTA GR. FLIAR	SEG. ACC. PERSONALES	VALOR TOTAL	MODALIDAD DE PAGO
$	$	$	$	$	$	

OBSERVACIONES

INFORMACIÓN En mi calidad de contratante certifico y declaro que he leído con detenimiento el contenido del presente contrato y de forma libre, voluntaria, expresa, con capacidad de ejercicio y que fui informado por parte de COOPSERFUN de forma clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre las condiciones, restricciones, derechos y deberes estipulados en el contrato las cuales acepto expresamente y a satisfacción.

HABEAS DATA Autorizo a la Central Cooperativa de Servicios Funerarios -COOPSERFUN- para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, la información derivada del pres

FIRMA Y CÉDULA DEL AFILIADO
C.C.

FUNERARIA

FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL
C.C.

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!
NIT: 860.524.654-6

SOLICANASTA - ACCIDENTES PERSONALES

SOLICITUD SEGURO SOLICANASTA Y/O POLIZA ACCIDENTES PERSONALES

FICHA DIGITAL

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	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CC: CE: TI: N°				

POLIZA SEGURO SOLICANASTA - ASEGURADO PRINCIPAL

VALOR ASEGURADO	PAGO INMEDIATO	BONOS CANASTA
$	$	$

POLIZA SEGURO SOLICANASTA - GRUPO FAMILIAR		POLIZA 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.
SOLICITUD							

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

VOLUNTARIAMENTE ME ADHIERO A LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO SOLICANASTA Y/O POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES TOMADO POR LA FUNERARIA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

ASEGURADORA