

Solicitud Afiliación Contrato de Previsión Exequial Colectivo

(Favor diligenciar en letra imprenta sin enmendaduras)

| | | |
|--|----------------------------------|---------------------|
| Nombre/ Razón Social: COOMINOBRAS | NIT- TOMADOR: 860013472-1 | Fecha: _____ |
|--|----------------------------------|---------------------|

DATOS ASEGURADO PRINCIPAL

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____ | No. Documento: _____ |
|----------------------|-----------------------------|

| | | |
|--|------------------------------|--------------------|
| Fecha de Nacimiento: Día_____ Mes_____ Año_____ | Teléfono/móvil: _____ | ACEPTACION: |
|--|------------------------------|--------------------|

BENEFICIARIOS


| APELLOS Y NOMBRES | TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO | FECHA DE NACIMIENTO | | | EDAD | PARENTESCO |
|--|----------------------------|---------------------|-----|-----|------|------------|
| | | DIA | MES | AÑO | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL AFILIADO PRINCIPAL | | | | | | |
| | | | | | | |

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que lo consignado en esta solicitud es verdad, que mi estado de salud y el de los beneficiarios es normal y que no han diagnosticado Cáncer o Sida

- * Deben diligenciar esta solicitud Los Asociados Nuevos _Asegurado principal y 7(siete) beneficiarios.
- *Titular hasta 64 años asociado a Coominobras, Padres o Suegros (máximo 2 inscritos) sin límite de edad.
- *Otros beneficiarios: Cónyuge o Compañero Permanente, Hijos, Hermanos, Nietos, Tíos, Sobrinos, Hijastros, Primos (hasta los 66 años).
- *Aplican periodos de carencia para afiliados nuevos (46 – 181 – 366 días). *Para novedades de renovación especificar si es retiro – ingreso - corrección de datos.
- *Autorizo el manejo de mis datos personales para la cobertura exequial.
- *Las modificaciones de beneficiarios se realizan solamente en renovación de la póliza.
- ***POLIZA DE SEGURO DE VIDA:** En caso de muerte del asegurado principal que haya tenido derecho al servicio de asistencia exequial y superado las validaciones que fueron necesarias en su momento para la prestación del servicio. La Aseguradora entregara la suma en dinero de **tres (3) SMMLV** a la persona que figure como beneficiario en la solicitud o en su defecto los que correspondan según ley.

Firma del solicitante CC. No.



Vo.Bo. Autorizado