

## Solicitud Afiliación Contrato de Previsión Exequial Colectivo

(Favor diligenciar en letra imprenta sin enmendaduras)

<b>Nombre/ Razón Social:</b> COOMINOBRAS	<b>NIT- TOMADOR:</b> 860013472-1	<b>Fecha:</b> _____
------------------------------------------	----------------------------------	---------------------

### DATOS ASEGURADO PRINCIPAL

<b>Nombre:</b>	<b>No. Documento:</b>
----------------	-----------------------

<b>Fecha de Nacimiento:</b> Día _____ Mes _____ Año _____	<b>Teléfono/móvil:</b>	<b>ACEPTACION:</b>
-----------------------------------------------------------	------------------------	--------------------

### BENEFICIARIOS

APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	PARENTESCO
		DIA	MES	AÑO		
<b>BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL AFILIADO PRINCIPAL</b>						

**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.**



**ASESORES DE SEGUROS**

\_\_\_\_\_

**Vo.Bo. Autorizado**