

RADICACIÓN N°:



FECHA DE RADICACION		
DÍA	MES	AÑO

SOLICITUD DE SERVICIO DE SEGUROS

DATOS PERSONALES		
NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.	NÚMERO:	FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO
TELÉFONO RESIDENCIA:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:
TELÉFONO CELULAR:	EMPRESA:	DEPENDENCIA:
CARGO:	TELÉFONO OFICINA Y EXT.:	CORREO ELECTRÓNICO:

TIPO DE SERVICIO

MARQUE CON UNA (X) EL TIPO DE SERVICIO SOLICITADO Y AMPLÍE LA INFORMACIÓN DE ACUERDO A LO INDICADO:

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN A PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VEHÍCULOS : | 4 <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN A LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL |
| 2 <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN A LA PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA / ACCIDENTES PERSONALES: | 5 <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN A LA PÓLIZA DE MASCOTAS |
| 3 <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN A LA PÓLIZA COLECTIVA DE HOGAR | 6 <input type="checkbox"/> INCLUSIÓN A LA PÓLIZA DE ASISTENCIA EN VIAJES |

1. TRÁMITE DE INCLUSIÓN A LA PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VEHÍCULOS

PLACA: NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO:

ANEXO:

- FOTOCOPIA TARJETA DE PROPIEDAD DE VEHÍCULO.
- FOTOCOPIA PÓLIZA INSPECCIÓN VEHÍCULO USADO (VEHÍCULO USADO)
- FOTOCOPIA PROMESA DE COMPRAVENTA Ó FACTURA PROFORMA (VEHÍCULO NUEVO)
- FOTOCOPIA DEL LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

2. TRÁMITE DE INCLUSIÓN A LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA / ACCIDENTES PERSONALES

COMPañIA DE SEGUROS:	VALOR DE LA PRIMA: \$	ANEXO FORMULARIO DE INCLUSIÓN SEGÚN ASEGURADORA
----------------------	--------------------------	---

3. INCLUSIÓN A LA PÓLIZA COLECTIVA DE HOGAR

DIRECCIÓN COMPLETA DEL INMUEBLE A ASEGURAR :	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:
VALOR DEL INMUEBLE A ASEGURAR :	BENEFICIARIO:	NIT DEL BENEFICIARIO:

4. INCLUSIÓN A LA PÓLIZA COLECTIVA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

PROFESIÓN:	AÑO DE OTORGAMIENTO:	TÍTULO:
ESPECIALIZACIÓN:	AÑOS DE EXPERIENCIA:	HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 MESES ALGUNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA POR FAVOR EXPLIQUE :

AUTORIZO AL PAGADOR, DESCONTAR POR NÓMINA EL VALOR DE LA PRIMA MENSUAL A PARTIR DEL MES SIGUIENTE Y AUTORIZO SU RENOVACIÓN AUTOMÁTICA AL VENCIMIENTO, SI CON UNA ANTELACIÓN DE TREINTA (30) DÍAS NO HAN RECIBIDO SOLICITUD FORMAL DE DESAFILIACIÓN

5. TRÁMITE DE INCLUSIÓN A LA PÓLIZA DE MASCOTAS

NOMBRE DE LA MASCOTA 1 :	NOMBRE DE LA MASCOTA 2 :
TIPO DE MASCOTA: PERRO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/>	TIPO DE MASCOTA: PERRO <input type="checkbox"/> GATO <input type="checkbox"/>
SELECCIONA CON UNA X EL TIPO DE PLAN QUE DESEAS PARA TU MASCOTA.	SELECCIONA CON UNA X EL TIPO DE PLAN QUE DESEAS PARA TU MASCOTA.
TIPO DE PLAN: BÁSICO <input type="checkbox"/> PREMIUM <input type="checkbox"/>	TIPO DE PLAN: BÁSICO <input type="checkbox"/> PREMIUM <input type="checkbox"/>

5. INCLUSIÓN A LA PÓLIZA DE ASISTENCIA EN VIAJES

PAÍS DE ORIGEN:	PAÍS DE DESTINO:
FECHA DE SALIDA DEL PAÍS DE ORIGEN:	FECHA DE REGRESO DEL PAÍS AL PAÍS DE ORIGEN:
DATOS DEL VIAJERO - NOMBRE:	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.E. NÚMERO:
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD CUMPLIDA AL MOMENTO DEL VIAJE:

5. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES ESPECIALES

AUTORIZO IRREVOCABLEMENTE A MI EMPLEADOR PARA QUE DESCUENTE Y TRANSFIERA A FECOLSA, DE MI SALARIO PERIÓDICO Y DEMÁS DERECHOS ECONÓMICOS, EL VALOR DE LA PRIMA MENSUAL DEL SEGURO O EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO, EN LOS MONTOS Y CONDICIONES QUE REPORTE FECOLSA, ASÍ MISMO AUTORIZO SU RENOVACIÓN AUTOMÁTICA AL VENCIMIENTO, SI CON UNA ANTELACIÓN DE 30 DÍAS NO HE PRESENTADO SOLICITUD FORMAL DE CANCELACIÓN.

DECLARO QUE CONOZCO QUE EN CASO DE DESVINCULACIÓN DE FECOLSA, POR CUALQUIER CAUSA, LA PÓLIZA DE SEGURO QUEDARÁ SUSPENDIDA INMEDIATAMENTE EN LA FECHA DEL RETIRO (O AL TERMINAR EL PERIODO MENSUAL DENTRO DEL CUAL SE DÉ EL RETIRO), ESTANDO A MI CARGO LAS GESTIONES NECESARIAS PARA TOMAR UN NUEVO SEGURO CON EL MISMO ASEGURADOR O CON CUALQUIERA OTRO; CESANDO PARA FECOLSA CUALQUIER RESPONSABILIDAD A PARTIR DE LA REFERIDA DESVINCULACIÓN. EN EL EVENTO EN QUE HAYA PAGADO DE FORMA ANTICIPADA LA PÓLIZA POR LA VIGENCIA ANUAL, DECLARO QUE CONOZCO QUE FECOLSA IRÁ PAGANDO DE FORMA MENSUAL LA PRIMA CORRESPONDIENTE A LA ASEGURADORA, POR TANTO, ANTE MI DESVINCULACIÓN SE ME DEVOLVERÁ EL SALDO DE LAS PRIMAS QUE FALTAREN POR CUMPLIR DE LA VIGENCIA.

AUTORIZO A FECOLSA A DAR TRATAMIENTO A MIS DATOS PERSONALES Y/O SENSIBLES, PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL Y DE LA RELACIÓN SOLIDARIA O CONTRACTUAL QUE NOS VINCULA, DE ACUERDO CON LAS FINALIDADES ESTABLECIDAS EN LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS DEFINIDAS POR FECOLSA, LAS CUALES DECLARO CONOCER.

FIRMA