



CONTRATO PREVISIÓN EXEQUIALEMPRESARIAL WEB

NIT. 800.224.972-8



FECHA DE SOLICITUD: DÍA MES AÑO NUEVO RENOVIACIÓN TRASLADO

VIGENCIA: DESDE DÍA MES AÑO HASTA DÍA MES AÑO

EMPRESA: PRODUCTO:

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO: CC CEO PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELEFONO 1: TELEFONO 2:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO SEXO: M F ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE CASADO SOLTERO

CORREO ELECTRÓNICO: OCUPACIÓN:

DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR DEL AFILIADO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	PARENTESCO
				DD	MM	AAAA		

ADICIONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	PARENTESCO
				DD	MM	AAAA		

LIQUIDACIÓN DEL PLAN

EXEQUIAS GR. FAMILIAR	EXEQUIAS ADICIONALES:	SEGUROS:	ASISTENCIAS:	VALOR TOTAL:	MODALIDAD DE PAGO
\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

R.C. #

VALOR \$

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

- Autorizo a debitar o descontar el valor de las cuotas descritas en el acuerdo de pago del plan, esta autorización queda sujeta a los reglamentos y condiciones de la entidad que realiza el débito o descuento y las modificaciones que se hagan en el futuro de ellos. De igual manera autorizo a descontar por anticipado las cuotas a que haya lugar durante el tiempo que permanezca en vacaciones, permisos o licencias y en el evento de la cancelación de mi contrato de trabajo autorizo para que me descuenten la totalidad del saldo pendiente por concepto del plan de previsión exequial.
- Autorizo expresamente a Serfunllanos Los Olivos en el desarrollo del producto a facturar el valor total a pagar del plan exequial de acuerdo a la cuota mensual pactada. Este plan tiene renovación automática de acuerdo a las condiciones descritas en este formato.
- De acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos y con el decreto 1367 del 2013, le informamos que sus datos consignados en el presente formulario serán incorporados en una base de datos responsabilidad de Serfunllanos Los Olivos siendo tratados con la finalidad de: fines históricos, científicos o estadísticos, gestión de estadísticas internas, gestión administrativa, gestión de clientes, encuestas de opinión, prospección comercial, venta distancia, gestión de cobros y pagos, gestión económica y contable. De igual modo se le informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento desarrollada por Serfunllanos Los Olivos a la cual se puede tener acceso a través de la página web: Villavicencio.losolivos.co. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a Serfunllanos Los Olivos por correo electrónico protecciondatosvillavicencio@losolivos.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección: Av. 40 No. 20 - 05/15 B. Camoa, Villavicencio.
- Declaro que mis ingresos y activos provienen de actividades lícitas conforme a lo señalado en la selección de información comercial. De igual manera me comprometo a cumplir con lo pactado en todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro.
- Como constancia de haber recibido, entendido y aceptado de forma integral el convenio firmado entre las partes donde se detallan todas las coberturas y cláusulas del plan de previsión exequial, solicanasta (si aplica) y asistencias (si aplica), declaro que la información que es suministrado en la afiliación, la he suministrado de manera libre, previa, voluntaria y exacta en todas sus partes y puede ser sometida a cualquier verificación, en caso en que hubiese suministrado datos erróneos soy consciente que no tendré derecho a recibir los servicios ofrecidos por Serfunllanos Los Olivos NIT. 800.224.972-8, en el momento en que ocurriera el evento. Para constancia de aceptación firmo el presente documento.
- Declaro que conozco que el servicio de asistencias será prestado bajo la responsabilidad exclusiva de GLOBAL ASSIST COLOMBIA S.A.S. Los Olivos no responderá por los daños y/o perjuicios que eventualmente sufran los afiliados en uso del servicio ni por el cumplimiento de lo ofrecido por GLOBAL ASSIST COLOMBIA S.A.S. Cuando la cobertura del convenio lo incluya. Aplica sólo para afiliados que se encuentren al día en las cuotas de su plan exequial. Para mayor información sobre condiciones y restricciones del servicio de asistencias, ingresar a la página web: www.villavicencio.losolivos.co en la parte inferior derecha encontrará LINK DE INTERÉS o comuníquese a nuestra línea nacional 01 8000 915 286 opción 3.

FIRMA DEL AFILIADO: _____ NOMBRE DEL ASESOR: _____
C.C.



SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO - SOLICANASTA -

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

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO: CC CEO PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

PÓLIZA VIDA GRUPO - ASEGURADO PRINCIPAL

VALOR ASEGURADO \$ PAGO INMEDIATO \$

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

TIPO DOC.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	% DESIG
1						
2						
3						

Voluntariamente me adhiero a la póliza de seguro de vida grupo tomado por la funeraria y declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico, por lo tanto la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrá las consecuencias establecidas en las condiciones generales del contrato /artículo 1068 y 1158 del código de comercio)

COMUNIQUESE A: LÍNEA GRATUITA 01 8000 915 286 VILLAVICENCIO: Av. 40 No 20-05/15 PBX.: 668 5286 **ACACÍAS:** Cra 17 No 12-21 Tels: 656 9656 **GRANADA:** Cra 11 N° 22-22 Esquina Barrio Montoya Pava Cel.: 313 418 8086 **YOPAL:** Cra 19 No 33-25 Barrio 20 de Julio Tels: 632 4121 - 632 4566 Cel: 316 522 5616 **AGUAZUL:** Clle 10 No 12-16 Barrio Las Ferias Tels: 638 7592 Cel.: 317 511 0411 **PAZ DE ARIPORO:** Clle 13 No 9-56 Barrio el Palmar Cel: 316 229 8943 Tels: 637 3401 **SAN JOSÉ DEL GUAVIARE:** Cra 24 No 9 - 77 Barrio La Esperanza Tels: 584 1534 **INÍRIDA:** Calle 16 N° 11 - 132 Barrio Comuneros Cel.: 311 564 0488. **UNICAMENTE si necesita prestación de un homenaje comunicarse a: VILLAVICENCIO:** 313 418 7751 **ACACÍAS:** 321 976 1129 **GRANADA:** 316 875 0850 **YOPAL:** 316 875 0867 **AGUAZUL:** 317 511 0411 **PAZ DE ARIPORO:** 316 229 8943 **SAN JOSÉ DEL GUAVIARE:** 310 334 4277

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO
C.C.

VERSION: 00
EMISIÓN: FEBRERO/2019
CÓDIGO: FT1-PR2-CA

ORIGINAL: FUNERARIA / COPIA: CLIENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ASEGURADORA