



SOLICITUD DE PLAN EXEQUIAL LOS OLIVOS EMPRESARIAL

FICHA DIGITAL

FECHA DE SOLICITUD, DESDE, VIGENCIA, HASTA. SUCURSAL, DIA, MES, AÑO, NUEVO, RENOVACION.

DATOS DEL CONTRATANTE. TIPO DE DOCUMENTO, CC, CE, NIT, RAZÓN SOCIAL, NÚMERO DE CONTRATO, TIPO DE PLAN.

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL. TIPO DE DOCUMENTO, CC, X, CE, TI, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE.

DATOS NÚCLEO FAMILIAR AFILIADO. TIPO DOC, N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO.

BENEFICIARIOS ADICIONALES. TIPO DOC, N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO.

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 COOPSEFUND 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 -COOPSEFUND- para que consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las entidades legalmente autorizadas y aquellas que considere necesario, la información derivada del presente contrato de prestación de servicios exequiales y que resulte de todas las funciones que directa o indirectamente deriven del desarrollo de la actividad de pompas fúnebres y actividades relacionadas, así como novedades, referencias, condiciones operativas y demás servicios que surjan del presente contrato el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes. Declaro haber sido informado sobre el tratamiento que recibirán los datos personales incorporados en el presente contrato de prestación de servicios exequiales, así como sobre los derechos que me asisten como titular de los mismos y sobre la dirección física y/o electrónica del responsable del tratamiento de dicha información.

FIRMA Y CÉDULA DEL AFILIADO C.C. 1024551861

FUNERARIA

FIRMA DEL ASESOR COMERCIAL C.C. 94287451



SOLICANASTA - ACCIDENTES PERSONALES SOLICITUD SEGURO SOLICANASTA Y/O POLIZA ACCIDENTES PERSONALES

FICHA DIGITAL

NIT: 860.524.654-6

VIGENCIA. EMPIEZA A LAS 23:59 HORAS DEL, TERMINA A LAS 23:59 HORAS DEL. DIA, MES, AÑO.

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL. TIPO DE DOCUMENTO, CC, CE, TI, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE.

POLIZA SEGURO SOLICANASTA - ASEGURADO PRINCIPAL. VALOR ASEGURADO, PAGO INMEDIATO, BONOS CANASTA.

POLIZA SEGURO SOLICANASTA - GRUPO FAMILIAR. V.A. ASEGURADO PRINCIPAL, V.A. GRUPO FAMILIAR. POLIZA ACCIDENTES PERSONALES. 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.

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 VERDICO, POR LO TANTO LA FALSEDAZ, OMISION, ERROR O LA RETENCIÓN 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.

FIRMA Y CÉDULA DEL ASEGURADO PRINCIPAL C.C.

ASEGURADORA