

Fecha de Expedición	Asegurado Principal <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Hijastros <input type="radio"/> Hermanos <input type="radio"/> Hermanastros <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Sobrinos <input type="radio"/> Tíos <input type="radio"/> Nietos <input type="radio"/>	Fecha de Vigencia	
DD	MM	AAAA	
Póliza principal / GR	Nombre / Código del Producto	Solicitud / Certificado / Póliza Hija	Consecutivo No.
Nombre Asegurado Principal		Tipo de Documento	
		C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>	
Nombre de la Compañía o Tomador		Clave / Código Asesor	

REHABILITACIÓN PÓLIZA

Diligencie exclusivamente el (los) campo(s) del (los) numeral(es) correspondiente(s) al (los) aspecto(s) que deseé modificar de su póliza

1. Cambio Forma de Pago

Cambio en el medio de facturación a:	No. de cuenta o tarjeta de crédito
Débito <input type="radio"/> Libranza <input type="radio"/>	
Entidad financiera	Medio de Pago
	Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/> TC <input type="radio"/>
Periodo de Facturación	Fecha de vencimiento TC
Mensual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>	MM AAAA

2. Corrección / Actualización Datos Personales

Nombres	Apellidos
Tipo de documento	No. de documento
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> PE <input type="radio"/>	
Correo electrónico	Dirección residencia
Celular	Ciudad
	Departamento

3. Modificación del Valor Asegurado / Inclusión / Exclusión de Amparos

Para inclusión de amparos se deben cumplir los requisitos exigidos por el Departamento Técnico

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN	AMPAROS	VALOR ACTUAL	VALOR SOLICITADO	PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO
		Básica de vida			
		Muerte accidental y desmembración			
		Incapacidad total y permanente			
		Enfermedades graves			
		Renta diaria por hospitalización			
		Renta diaria por incapacidad post-hospitalaria			
		Contenidos y asistencia Domiciliaria			
				PRIMA TOTAL	

4. Modificación Domicilio Cobertura Hogar

Dirección del Inmueble	Ciudad Ubicación del Inmueble			
Barrio	Teléfono del Inmueble	Conjunto Cerrado	Piso	No. de pisos que tiene la Edificación
		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Aptó <input type="radio"/> Ultimo <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		
No. de Sotanos que tiene el Edificio del Inmueble a Asegurar		Año de Construcción del Inmueble a Asegurar		

5. Modificación de Beneficiarios

Los porcentajes designados deben sumar el 100%

1 Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento	
		C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> No.	
Parentesco		% Participación	Género
			M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
2 Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento	
		C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> No.	
Parentesco		% Participación	Género
			M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>

3 Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
		C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> No.
Parentesco		% Participación
		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
6. Seguro del Grupo Familiar		
INCLUSIÓN <input type="radio"/> EXCLUSIÓN <input type="radio"/>		
Asegurado Principal <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Hijastros <input type="radio"/> Hermanos <input type="radio"/> Hermanastros <input type="radio"/> Padres <input type="radio"/> Sobrinos <input type="radio"/> Tíos <input type="radio"/> Nietos <input type="radio"/>		
6.1 Datos Generales		
Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento
		DD MM AAAA M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
Tipo de documento	No. de documento	Ocupación
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> P.E. <input type="radio"/>		
Dirección residencia	Celular	Ciudad
Correo Electrónico		

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

6.2 Coberturas

Si la modificación de valor asegurado o la inclusión / exclusión de amparos es para más de un asegurado (Principal, Cónyuge o Hijo), debe diligenciarse una Hoja de Servicio por cada uno.

AMPAROS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
Básica de vida		
Muerte accidental y desmembración		
Incapacidad total y permanente		
Enfermedades graves		
Renta diaria por hospitalización		
Renta diaria por incapacidad post-hospitalaria		
Total Prima		

6.3. Beneficiarios

Los porcentajes designados deben sumar el 100%

1 Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
		C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> P.E. <input type="radio"/> No.
Parentesco	% Participación	Género
		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
2 Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
		C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> P.E. <input type="radio"/> No.
Parentesco	% Participación	Género
		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
3 Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
		C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> P.E. <input type="radio"/> No.
Parentesco	% Participación	Género
		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>

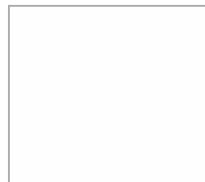
7. Cancelación

Motivo de la cancelación:

- No le interesa la póliza
- Conversión de póliza o producto
- Dificultad económica
- Mal servicio del Asesor
- Retiro del asegurado de la empresa
- Otro, ¿Cuál? _____

8. Observaciones

9. Firma



FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. _____

FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.