

Fecha de Expedición

DD

MM

AAAA

Asegurado Principal

☐

Cónyuge

☐

Hijos

☐

Hijastros

☐

Hermanos

☐

Hermanastros

☐

Padres

☐

Sobrinos

☐

Tíos

☐

Nietos

☐

*Si va a modificar más de un asegurado, debe diligenciar una hoja de servicio por cada uno.

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

No. de Documento

Nombre de la Compañía o Tomador

Clave / Código Asesor

REHABILITACIÓN PÓLIZA ☐

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

1. Cambio Forma de Pago

Cambio en el medio de facturación a:

No. de cuenta o tarjeta de crédito

Débito

☐

Libranza

☐

Entidad financiera

Medio de Pago

Fecha de vencimiento TC

Ahorros

☐

Corriente

☐

TC

☐

MM

AAAA

Periodo de Facturación

Mensual

☐

Semestral

☐

Anual

☐

2. Corrección / Actualización Datos Personales

Asegurado Principal

☐

Cónyuge

☐

Hijos

☐

Hijastros

☐

Hermanos

☐

Hermanastros

☐

Padres

☐

Sobrinos

☐

Tíos

☐

Nietos

☐

Nombres

Apellidos

Tipo de documento

No. de documento

Ocupación

C.C.

☐

C.E.

☐

T.I.

☐

RC

☐

PA

☐

PE

☐

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

☐

No

☐

Casa

☐

Apto

☐

Ultimo

☐

Otro

☐

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%

Si el número de beneficiarios es mayor de 3 incluye los beneficiarios adicionales en una carta adjunta con los mismos datos.

1

Nombres

Apellidos

Tipo y No. de documento

Parentesco

% Participación

Género

2

Nombres

Apellidos

Tipo y No. de documento

Parentesco

% Participación

Género

3

Nombres

Apellidos

Tipo y No. de documento

C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ RC ☐ PA ☐ PE ☐ No.

Parentesco

% Participación

Género

M ☐ F ☐

6. Seguro del Grupo Familiar

INCLUSIÓN ☐ EXCLUSIÓN ☐

Asegurado Principal ☐ Cónyuge ☐ Hijos ☐ Hijastros ☐ Hermanos ☐ Hermanastros ☐ Padres ☐ Sobrinos ☐ Tíos ☐ Nietos ☐

6.1 Datos Generales

Nombres

Apellidos

Fecha de nacimiento

DD

MM

AAAA

M ☐ F ☐

Tipo de documento

No. de documento

Ocupación

C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ P.E. ☐

Dirección residencia

Celular

Ciudad

Departamento

Correo Electrónico

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%

Si el número de beneficiarios es mayor de 3 incluye los beneficiarios adicionales en una carta adjunta con los mismos datos.

1

Nombres

Apellidos

Tipo y No. de documento

C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ P.A. ☐ P.E. ☐ No.

Parentesco

% Participación

Género

M ☐ F ☐

2

Nombres

Apellidos

Tipo y No. de documento

C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ P.A. ☐ P.E. ☐ No.

Parentesco

% Participación

Género

M ☐ F ☐

3

Nombres

Apellidos

Tipo y No. de documento

C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ T.I. ☐ P.A. ☐ P.E. ☐ No.

Parentesco

% Participación

Género

M ☐ F ☐

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

VISTADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL

C.C.



FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.