

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:
TELÉFONO RESIDENCIA:		DIRECCIÓN DE 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 INCLUSIÓN A PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES : 3 INCLUSIÓN A LA PÓLIZA COLECTIVA DE HOGAR
- 2 INCLUSIÓN A LA PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA: 4 RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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

PLACA:	NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO:
PARENTESCO CON EL ASOCIADO:	<input type="checkbox"/> ASOCIADO <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE
ANEXO:	
<ul style="list-style-type: none"> -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

COMPañIA DE SEGUROS:	<input type="checkbox"/> MAPFRE <input type="checkbox"/> ACE 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:
OBSERVACIÓN: SI DESEA ASEGURAR EL CONTENIDO DEL INMUEBLE, DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN DE LOS EQUIPOS, MUEBLES, ENSERES, JOYAS Y DEMÁS OBJETOS A ASEGURAR CON SU RESPECTIVO VALOR.		

4. RENOVACIÓN DE 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. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES ESPECIALES

EN MI CALIDAD DE TITULAR DE LA INFORMACIÓN, AUTORIZO A FECOLSA PARA QUE MIS DATOS PERSONALES Y/O SENSIBLES SUMINISTRADOS, SEAN ALMACENADOS, RECOLECTADOS, ACTUALIZADOS E INCORPORADOS EN SUS ARCHIVOS O BASES DE DATOS, PARA EL DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL Y DE LA RELACIÓN SOLIDARIA Y CONTRACTUAL QUE NOS VINCULA, DE ACUERDO CON LAS FINALIDADES ESTABLECIDAS EN EL MANUAL INTERNO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE FECOLSA, EL CUAL DECLARO CONOCER.

FIRMA

IMPORTANTE: 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 su 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.

PARA USO EXCLUSIVO DE FECOLSA

CAPACIDAD DE DESCUENTO = %

APROBADO POR

FIRMA RECIBIDO