



SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGURO DE GRUPO

Lugar y Fecha: _____ Póliza No. _____

Tomador: **MANUELITACOOP NIT 8150003778**

Nombres y Apellidos del Solicitante _____

Fecha y Lugar de nacimiento: _____ Cedula: _____

Ocupación: _____

Valor del Seguro \$ **5,000,000**

GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE (MÁXIMO 5)

| NOMBRE Y APELLIDOS | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO |
|--------------------|------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

| BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL | PARENTESCO | PORCENTAJE |
|---------------------------------------|------------|------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

EL BENEFICIARIO DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURADO ES EL ASEGURADO PRINCIPAL

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C.

La Entidad Contratante

NIT:

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

POLIZA DE VIDA AHORRADORES

1. **SEGURO GRUPO:** Espacio reservado para la Cooperativa no diligenciar.
2. **LUGAR Y FECHA:** Ciudad donde reside el asociado y fecha de diligenciamiento del documento en formato DIA/MES/AÑO.
3. **POLIZA No:** Espacio reservado para la Cooperativa no diligenciar.
4. **TOMADOR:** Es el nombre de la Cooperativa y esta pre impreso no diligenciar.
5. **NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:** En ese mismo orden los datos del asociado (sin tachones y sin enmendaduras).
6. **FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:** Esta información debe estar diligenciada de la misma forma como esta al respaldo de la cedula de ciudadanía.
7. **CEDULA:** Numero del documento de identidad.
8. **OCUPACION:** Oficio que desempeña el asociado en la actualidad.
9. **VALOR DEL SEGURO:** Espacio reservado para la Cooperativa, no diligenciar.
10. **GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE (MAXIMO 5)**
 - Asociado casado puede asegurar:
Esposa sin limite de edad e Hijos entre los 12 y 25 años.
 - Asociado soltero con hijos puede asegurar:
Hijos entre 12 y 25 años.
 - Asociado soltero sin hijos puede asegurar:
Padres sin limite de edad.

Nota: tenga en cuenta que los hijos tendrán cobertura dentro de la póliza siempre y cuando estudien y/o dependan económicamente del asociado, para los hijos hombres la edad es entre los 12 y 25 años y para las hijas mujeres es entre los 14 y los 25 años.
(NOMBRE Y APELLIDOS - PARENTESCO- FECHA DE NACIMIENTO DIA/MES/AÑO)

11. **BENEFICIARIOS:** En este espacio la siguiente información:
(NOMBRE Y APELLIDOS – PARENTESCO-PORCENTAJE /100%)
Lo cual corresponde a las personas que tendrán derecho a reclamar la indemnización en caso de fallecimiento del asociado.
12. **FIRMA DEL SOLICITANTE:** firma del asociado a Manuelitacoop.
13. **LA ENTIDAD CONTRATANTE:** Espacio exclusivo para la aseguradora, No Diligenciar.

NOTA: Este formato debe ser diligenciado en letra clara, sin enmendaduras ni tachones.

En caso de que este formato no este debidamente diligenciado y firmado por el asociado, la aseguradora no podrá pagar la indemnización.