

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
PLAN TEMPORAL ANUAL RENOVABLE
SOLICITUD



N° de Póliza:

Solicito a SEGUROS UNIVERSALES, S.A., la emisión de una póliza Colectiva de Seguro de Vida, para cubrir a las personas elegibles, de quienes presento los consentimientos correspondientes o, si legalmente no fuere necesario, presenta un listado con la información del caso.

La Póliza de seguro debe emitirse de acuerdo con lo siguiente:

Contratante: (Nombre o Razón Social): NIT: Teléfono:

Dirección: e-mail:

Actividad a la que se dedica la Entidad: N° de Personas que pertenecen: N° de Personas elegibles:

Desde cuando desea que sean elegibles las personas:

Inmediatamente, en la fecha de ingreso a la Entidad

Después de meses de ingreso a la Entidad

Otra:

Clasificación y descripción del grupo asegurable (si existen categorías o clases para el seguro, dé la descripción de cada una. Por ejemplo: Clase 1 = Gerentes, Clase 2 = Jefes, Clase 3 = Personal Administrativo, Clase 4 = Personal de Planta, Clase 5 = Personal de Seguridad, etc.)

Clase 1: N° Personas: Clase 4: N° Personas:

Clase 2: N° Personas: Clase 5: N° Personas:

Clase 3: N° Personas: Clase 6: N° Personas:

Moneda que desea contratar para la póliza: Forma de pago de la Prima:

Anual Semestral Trimestral Mensual

Contribución para el pago de la Prima:

Contributiva NO Sí Porcentaje

Beneficios Adicionales:

EPI Clases:

Exoneración de Pago de la proporción de la aportación por invalidez total y permanente.

MIA Clases:

Muerte o Invalidez Accidental.

ITP24 Clases:

Invalidez Total y Permanente, pago en 24 mensualidades.

AF Clases:

Apoyo Funerario

Otro: Clases:
(especifique)