

Compañía de Seguros Colsanitas S.A.

Fecha de Solicitud	Día	Mes	Año
--------------------	-----	-----	-----

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	
TIPO DE DOCUMENTO	
NUMERO DE DOCUMENTO	
NÚMERO DE PÓLIZA	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS	
TIPO DE DOCUMENTO	
DOCUMENTO DEL ASEGURADO	

TIPO DE SOLICITUD (Por favor seleccione el tipo de solicitud que desea tramitar)

ASIGNACIÓN Y/O CAMBIO DE BENEFICIARIOS	<input type="checkbox"/>
ACTUALIZACIÓN DE DATOS	<input type="checkbox"/>
CAMBIO EN LA FORMA DE PAGO	<input type="checkbox"/>
CANCELACIÓN	<input type="checkbox"/>
OTRO:	<input type="checkbox"/>
CUAL _____	

OBSERVACIONES:

ASIGNACIÓN Y/O CAMBIO DE BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	T.D.	NO. DE DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE

Nota: La suma del total del % porcentaje debe ser igual a 100%

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

DATOS	ASEGURADO	TOMADOR
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA		
TELEFONO FIJO RESIDENCIA		
CUIDAD DE RESIDENCIA		
TELEFONO MOVIL		
CORREO ELECTRONICO		
DIRECCIÓN DE LA OFICINA		
TELEFONO DE OFICINA		
CUIDAD DE LA OFICINA		

Huella

NOMBRE Y APELLIDO

No. Documento de identidad

Firma

APRECIADO CLIENTE:

A continuación, le presentamos los requisitos para tramitar las diferentes solicitudes que podrá realizar para su Póliza:
Señor usuario, es necesario anexar todos los soportes y se cumplan con todas las condiciones, de lo contrario, no es posible hacer el trámite de la Solicitud.

CANCELACIÓN

1. Detallar el motivo de la Cancelación en el espacio OBSERVACIONES del Formulario.
2. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Tomador y/o Asegurado.

ASIGNACIÓN Y/O CAMBIO DE BENEFICIARIOS

1. Especificar en el campo DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, la información requerida.

