



Fecha de solicitud DD MM AAAA			Fecha de modificación DD MM AAAA			Código Localidad que Atiende		
Póliza Principal / GR			Póliza Hija / Cert. Original			Consecutivo N°		
Nombre Asegurado						Nombre de la Compañía / Tomador		
Tipo y No. de documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIUP <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> No.						Clave / Código ACE		
Marque con una X el servicio a solicitar								
Servicio a Solicitar Vida - Plan Creciente <input type="radio"/> Vida Grupo Nivelado (Tradicional) <input type="radio"/>						Código Producto		
Reexpedición póliza Por pérdida <input type="radio"/> Copia adicional <input type="radio"/>			Cambio en el Periodo de Facturación Mensual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/>			Cancelación <input type="radio"/> (Diligenciar Punto 4)		

Corrección / Actualización Datos Personales

Asegurado Principal Cónyuge

Nombres			Apellidos			Tipo y No. de documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIUP <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> No.		
Fecha de Nacimiento D M A		Ocupación		Celular		E-Mail		
Dirección de Residencia						Teléfono Residencia		Ciudad
Dirección Comercial						Teléfono Comercial		Ciudad

Inclusión / Exclusión

Inclusión Exclusión de Cónyuge Inclusión Protección al Hogar

Para inclusión cónyuge diligenciar Declaración de Asegurabilidad (forma GR-023 / GR-028)

Nombres			Apellidos			Fecha de Nacimiento D M A		
Tipo y No. de documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIUP <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> No.			Ocupación			Valor Asegurado \$		
Dirección de Residencia						Teléfono Residencia		Ciudad
Dirección Comercial						Teléfono Comercial		Ciudad

Datos del Asegurado

Nombres			Apellidos			Tipo y No. de documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIUP <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> No.		
Fecha de Nacimiento D M A		Celular		E-Mail				
Ocupación			Dirección del Inmueble				Ciudad Ubicación del Inmueble	
Barrio		Teléfono del Inmueble		Conjunto Cerrado Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apto <input type="radio"/>		Piso Ultimo <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		No. de Pisos que Tiene la Edificación
No. de Sotanos que tiene el Edificio del Inmueble a Asegurar				Año de Construcción del Inmueble a Asegurar				

Beneficiarios del Cónyuge

Los porcentajes designados deben de sumar el 100%

1 Nombres			Apellidos			Tipo y No. de documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> No.		
Fecha de Nacimiento D M A		Parentesco		% Participación			Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
2 Nombres			Apellidos			Tipo y No. de documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> No.		
Fecha de Nacimiento D M A		Parentesco		% Participación			Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	
3 Nombres			Apellidos			Tipo y No. de documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> No.		
Fecha de Nacimiento D M A		Parentesco		% Participación			Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	

Motivo de la Cancelación

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> No le interesa la póliza, tiene otra. | <input type="radio"/> Por demasiada tramitología |
| <input type="radio"/> Por precio alto. | <input type="radio"/> Por no flexibilidad de pago |
| <input type="radio"/> Por bajas coberturas | <input type="radio"/> Dificultad económica |
| <input type="radio"/> Mal servicio en Centro de Atención y Servicio | <input type="radio"/> Sale del país |
| <input type="radio"/> Mal servicio en Centro de Atención y Ventas | <input type="radio"/> Terminación del contrato laboral de todos los trabajadores |
| <input type="radio"/> Mal servicio del Asesor | <input type="radio"/> Otro, cuál? _____ |
| <input type="radio"/> Mal servicio Indemnizaciones | _____ |
| <input type="radio"/> Mal servicio en la RED322 | _____ |

Incremento / Disminución del Valor Asegurado o Inclusión de Amparos

Para inclusión de amparos tener en cuenta lo solicitado por el Departamento Técnico

Marque X	Amparos	Valor Actual	Valor Solicitado	Prima Según Forma de Pago
<input type="radio"/>	Vida			
<input type="radio"/>	Muerte Accidental			
<input type="radio"/>	Incapacidad Total y Permanente			
<input type="radio"/>	Enfermedades Graves			
<input type="radio"/>	Últimos gastos			
<input type="radio"/>	Edificio			
<input type="radio"/>	Contenidos			
<input type="radio"/>	Asistencia Domiciliaria			
<input type="radio"/>	Renta Diaria por Hospitalización			
<input type="radio"/>	Renta Diaria por Incapacidad PostHospitalaria			
<input type="radio"/>	Bono			
				Total Prima Vida
				Prima Protección al Hogar
				IVA Hogar y Asistencia
				Total Prima

Exclusión Muerte Accidental Inc. Total y Perm. Enfermedades Graves Últimos Gastos Cobertura Hogar

Actualización de Beneficiarios

Los porcentajes designados deben de sumar el 100%

1	Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
			C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> No. <input type="radio"/>
	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% Participación
	D M A		
			Género
			M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
2	Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
			C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> No. <input type="radio"/>
	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% Participación
	D M A		
			Género
			M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
3	Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
			C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> No. <input type="radio"/>
	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% Participación
	D M A		
			Género
			M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
4	Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
			C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> No. <input type="radio"/>
	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% Participación
	D M A		
			Género
			M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
5	Nombres	Apellidos	Tipo y No. de documento
			C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> No. <input type="radio"/>
	Fecha de Nacimiento	Parentesco	% Participación
	D M A		
			Género
			M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>

Observaciones

Esta solicitud no compromete a la Compañía hasta tanto no se acepte la modificación.

FIRMA ASEGURADO
C.C.



HUELLA
ÍNDICE DERECHO

FIRMA NUEVO ASEGURADO
C.C.



HUELLA
ÍNDICE DERECHO

NOMBRE INTERMEDIARIO
CLAVE