



POSITIVA
COMPANIA DE SEGUROS

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
FORMATO ÚNICO DE NOVEDADES PARA PÓLIZAS DE VIDA INDIVIDUAL
VICEPRESIDENCIA DE OPERACIONES
COORDINACIÓN MANTENIMIENTO DE PÓLIZAS

Código:	VO - RE - FUN - 02
Versión:	2
Fecha:	20/03/2012
Página 1 de	

FORMATO ÚNICO DE NOVEDADES PARA PÓLIZAS DE VIDA INDIVIDUAL

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

Para **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** es muy importante conocer sus comentarios y atender sus solicitudes, por favor diligencie el siguiente Formulario con letra legible, sin tachones ni enmendaduras:

INFORMACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- * **DOCUMENTO DE IDENTIDAD**
- * **NOMBRE COMPLETO**
- * **NÚMERO DE PÓLIZA**
- * **SUCURSAL (Expedición de la Póliza)**

TIPO DE SOLICITUD: (Seleccione el Tipo o Tipos de Solicitud)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> CANCELACIÓN | <input type="checkbox"/> DEVOLUCIÓN VALORES DE CESIÓN | <input type="checkbox"/> ACLARACIONES |
| <input type="checkbox"/> CAMBIO Y/O MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS | <input type="checkbox"/> DEVOLUCIÓN DE AHORRO | <input type="checkbox"/> CAMBIO FORMA DE PAGO |
| <input type="checkbox"/> ESTADO ACTUAL DE LA PÓLIZA | <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS | <input type="checkbox"/> OTROS |
| <input type="checkbox"/> APLICACIÓN AHORRO A PRIMAS | <input type="checkbox"/> PAZ Y SALVO | |

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	TÍTULO DESIGNACIÓN	% PORCENTAJE

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

COMENTARIOS:

Para **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** es muy importante tener actualizados sus datos, por favor diligencie la siguiente información:

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Para **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** es muy importante tener actualizados sus datos, por favor diligencie la siguiente información:

- DIRECCIÓN OFICINA**
- TELÉFONO OFICINA**
- CIUDAD OFICINA**
- * **DIRECCIÓN RESIDENCIA**
- * **TELÉFONO RESIDENCIA**
- * **CIUDAD RESIDENCIA**
- TELÉFONO CELULAR**
- E-MAIL**

DÓNDE DESEA RECIBIR CORRESPONDENCIA: E-MAIL RESIDENCIA OFICINA

PARA USO EXCLUSIVO DE POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

- * **NOMBRE - Funcionario de la Compañía**
- * **FIRMA - Funcionario de la Compañía**
- * **SUCURSAL**

FIRMA Tomador y/o Asegurado

C.C. * **HUELLA ÍNDICE DERECHO**

(* Campos Obligatorios Al respaldo encontrará los requisitos solicitados para cada una de las Solicitudes.

APRECIADO CLIENTE:

A continuación le presentamos los requisitos para tramitar las diferentes solicitudes que podrá realizar para su Póliza de Seguro de Vida Individual.

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 COMENTARIOS del Formulario.
2. Certificación Bancaria no mayor a tres (3) meses.
3. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Tomador y/o Asegurado.
4. Para Giro Bancario, en el espacio comentarios indicar: Ciudad, Código y Nombre de la Entidad (Banco Agrario - Banco de Bogotá).

MODIFICACIÓN Y/O CAMBIO DE BENEFICIARIOS

1. Especificar en el campo DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, la información requerida.
2. Para exclusión de Beneficiario Oneroso, adjuntar Paz y Salvo de la Entidad Financiera.

ESTADO ACTUAL DE LA PÓLIZA, PAZ Y SALVO, ACLARACIONES

1. Diligenciar el Formulario y en el espacio COMENTARIOS detallar la solicitud.

CAMBIO FORMA DE PAGO

"La Solicitud debe realizarse 05 días hábiles antes de la Renovación o cambio de anualidad".

1. Especificar en el espacio COMENTARIOS del Formulario la nueva forma de pago, indicando si es periodicidad mensual, trimestral, semestral o anual.

APLICACIÓN AHORRO A PRIMA

1. Diligenciar el Formulario y en el espacio COMENTARIOS, detallar la solicitud.
2. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Tomador y/o Asegurado.

DEVOLUCIÓN VALORES DE CESIÓN

1. Diligenciar el Formulario y en el espacio COMENTARIOS, detallar la solicitud.
2. Certificación Bancaria no mayor a tres (3) meses.
3. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Tomador y/o Asegurado.
4. Para Giro Bancario, en el espacio comentarios indicar: Ciudad, Código y Nombre de la Entidad (Banco Agrario - Banco de Bogotá).

DEVOLUCIÓN DE AHORRO

1. Diligenciar el Formulario y en el espacio COMENTARIOS, detallar la solicitud.
2. Certificación Bancaria no mayor a tres (3) meses.
3. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Tomador y/o Asegurado.
4. Para Giro Bancario, en el espacio comentarios indicar: Ciudad, Código y Nombre de la Entidad (Banco Agrario - Banco de Bogotá).

CONVENCIONES:

TÍTULO DE DESIGNACIÓN: Característica del Beneficiario que le da derecho a la Indemnización en caso de Siniestro.

Descripción

- a) **GRATUITO:** Son aquellos que se designan libremente por gracia o gratitud del asegurado, son modificables en cualquier momento de la vigencia de la póliza.
- b) **ONEROSO:** Cuando la póliza es respaldo de un crédito o de una obligación que el asegurado contrajo con el beneficiario, son modificables por el asegurado únicamente cuando el beneficiario oneroso lo autoriza.
- c) **DE LEY:** Cuando el asegurado no designa los beneficiarios.
- d) **SUSTITUTO:** Es el mismo contingente cuando el beneficiario inicial es oneroso. En rentas, es el beneficiario legal en caso de muerte del asegurado principal. Este beneficiario debe ser asignado al inicio de la póliza.
- e) **CONTINGENTE:** Es aquella persona que recibe el pago de la indemnización del seguro en reemplazo de los beneficiarios que a la fecha del fallecimiento del asegurado también hubieren fallecido. Este debe ser asignado al inicio de la póliza.

TIPO DOCUMENTO:

- TI: Tarjeta de Identidad
- CC: Cédula de Ciudadanía
- RC: Registro Civil
- CE: Cédula de Extranjería