CONTRATO DE PREVISIÓN EXEQUIAL WEB EMPRESARIAL

SERFUNLLANOS NIT. 800.224.972-8

NTC 5840 (2017) Servicios Funerarios CS - CER 459566 · SC3720-1

Los Olivos — Un homenaje al amor

Fecha de solicitud	Inicio de vigencia	Fin de vigencia
D D M M A A A A	D D M M A A A A	D D M M A A A A

Empresa:

Producto: ☐ Nueva ☐ Renovación ☐ Traslado

INFORMACIÓN DEL TITULAR

Tipo de identificación:	Número de identificación:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.E.P.					

Sexo	Fecha de nacimiento	Edad	Ciudad / Departamento de nacimiento	Estado civil
☐ F ☐ M	D D M M A A A A			☐ Casado ☐ Soltero ☐ Unión Libre

Vivienda	Estrato	Tipo de actividad económica	Ocupación	Nivel de ingresos
☐ Propia ☐ Arrendada	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	☐ Empleado ☐ Pensionado ☐ Independiente ☐ Desempleado		☐ Menos de 1,2 millones ☐ 3 a 5 millones ☐ 1,2 a 2,9 millones ☐ Mas de 5 millones

INFORMACIÓN UBICACIÓN

Dirección residencia	Barrio residencia	Ciudad / Departamento residencia	Celular

Correo electrónico	¿La dirección de residencia es la dirección de cobro?	Dirección de cobro	Ciudad de cobro
	☐ Si ☐ No		

VERSIÓN: 01 — EMISIÓN: AGOSTO/2020 — CÓDIGO: F11-PR2-CA — ORIGINAL: FUNERARIA / COPIA: CLIENTE

DATOS DEL NUCLEO FAMILIAR ASEGURADO (El seguro de vida y sus anexos, solo aplica para el titular)

	Ingreso (I) - Retiro (E)	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Parentesco
GRUPO BÁSICO FAMILIAR						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
ADICIONALES						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		
						D D M M A A A A		

MODALIDAD DE PAGO - VALOR CUOTA

Exequias	Adicionales	Seguros	Asistencias	Modalidad de pago	Valor cuota
$	$	$	$		

OBSERVACIONES

Recibo de caja

Recaudo $

☐ Cobrador ☐ Oficina ☐ Masivo

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

1. Autorizó a debitar o descontar el valor de las cuotas descritas en el acuerdo de pago del plan, esta autorización queda sujeta a los reglamentos y condiciones de la entidad que realiza el débito o descuento y las modificaciones que se hagan en el futuro de ellos, de igual manera autorizó descontar por anticipado las cuotas a que haya lugar durante el tiempo que permanezca en vacaciones, permisos o licencias. En el evento de la cancelación de mi contrato de trabajo autorizó para que me descuenten la totalidad del saldo pendiente por concepto de la presente libranzas a nombre de ser Serfunllanos.
2. Autorizó expresamente a Serfunllanos en el desarrollo del producto a facturar el valor total a pagar del plan exequial de acuerdo a la cuota mensual pactada. Este plan tiene renovación automática de acuerdo a las condiciones descritas en este formato.
3. De acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos y con el decreto 1367 de 2013, le informamos que sus datos consignados en el presente formulario serán incorporados en una base de datos responsabilidad de Serfunllanos, teniendo tratados con la finalidad de: fines históricos, científicos o estadísticos, gestión de estadísticas internas, gestión administrativa, gestión de clientes, encuestas de opinión, prospección comercial, venta distancia, gestión de cobros y pagos, gestión económica y contable. De igual modo, se le informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento desarrollada por Serfunllanos a la cual se puede tener acceso a través de la página web: villavicencio.losolivos.co usted puede ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a Serfunllanos por correo electrónico: protecciódatosvillavicencio@losolivos.co indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar o mediante correo ordinario, remitido a la dirección Avda. 40 #20-05/15 B. Camoa, Villavicencio.
4. declaró que mis ingresos y activos provienen de actividades lícitas conforme a lo señalado en la selección de información comercial. De igual manera me comprometo a cumplir con lo pactado en todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro.
5. Como constancia de haber recibido, entendido y aceptado de forma integral el clausulado de previsión exequial, declaró que la información que suministrado en la filiación la es suministrado de manera libre, previa, voluntaria y exacta en todas sus partes y puede ser sometida a cualquier verificación, en caso en que hubiera suministrado datos erróneos soy consciente que no tendré derecho a recibir los servicios ofrecidos por Serfunllanos NIT. 800.224.972-8, en el momento en que ocurriere el evento. Para constancia y aceptación firmó el presente documento.
6. declaró que conozco que el servicio de asistencias será prestado bajo la responsabilidad exclusiva de GLOBAL ASSIST DE COLOMBIA S.A.S Los Olivos no responderá por los daños y/o perjuicios que eventualmente sufran los afiliados en uso del servicio ni por el cumplimiento del ofrecido por ASSIST DE COLOMBIA S.A.S, aplica sólo para afiliados que se encuentren al día en las cuotas de su plan exequial. Para mayor información sobre condiciones y restricciones del servicio de asistencias, ingresar a la página web: www.villavicencio.losolivos.co en la parte inferior derecha encontrará LINK DE INTERÉS o comuníquese a nuestra línea nacional 01 8000 915 286 opción 3 (cuando aplique).

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. además haber leido, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Previsión Exequial.

Firma del Titular
C.C.

Nombre del Asesor

SOLICITUD SEGURO DE VIDA

☐ Sinergia ☐ Solicanasta

Vigencia del seguro de vida	Desde las 23:59 horas del	Hasta las 23:59 horas del
	D D M M A A A A	D D M M A A A A

Aseguradora Solidaria de Colombia NIT. 860.524.654-6

INFORMACIÓN DEL TITULAR

Tipo de identificación:	Número de identificación:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.E.P.					

POLIZA VIDA GRUPO - ASEGURADO PRINCIPAL

Valor asegurado $ | Pago inmediato $

PRODUCTO SINERGIA

Amparos	Descripción de Amparos	Opción de plan es 1	2	3
Solintegral (*)	Solicanasta + Renta por hospitalización + Accidentes personales + Asistencias al hogar	☐	☐	☐
Solirenta	Solicanasta + Renta por hospitalización + Asistencia al hogar	☐	☐	☐
Soliaccidentes	Solicanasta + Accidentes personales + Asistencias al hogar	☐	☐	☐

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Parentesco	% Desig
1						
2						
3						

VOLUNTARIAMENTE ME ADHIERO A LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO TOMADO POR LA FUNERARIA

Firma del asegurado
C.C.

COMUNÍQUESE A: VILLAVICENCIO: 668 5286 - **ACACÍAS:** 656 9656 **GRANADA:** 313 418 8086 /v 650 0610 **YOPAL:** 632 4121 / 632 4566 / 316 522 5616 **AGUAZUL:** 638 7592 / 317 511 0411 **PAZ DE ARIPORO:** 316 229 8943 / 637 3401 **SAN JOSÉ DEL GUAVIARE:** 584 1534 **INÍRIDA:** 311 564 0488. **Si necesita la prestación de un homenaje debe comunicarse a VILLAVICENCIO:** 313 418 7751. **ACACÍAS:** 321 976 1129 **GRANADA:** 316 875 0850 **YOPAL:** 316 875 0867 **AGUAZUL:** 317 511 0411 **PAZ DE ARIPORO:** 316 229 8943 **SAN JOSÉ DEL GUAVIARE:** 310 334 4277 o a **LÍNEA GRATUITA 01 8000 915 286 en el resto del país.**
Visite: www.villavicencio.losolivos.co

HUELLA ÍNDICE DERECHO