

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL ASOCIADO

Fecha (mm/dd/aaaa):	Identificación	CC	CE	NIT	No.
Nombres y Apellidos del asociado				Dirección Residencia	
Teléfono Celular		Teléfono Fijo		Correo Electrónico	

SELECCIONE EL MOTIVO DE LA EXCLUSION

<input type="checkbox"/> DEMORAS EN RESPUESTA A REQUERIMIENTOS	<input type="checkbox"/> DESCUENTOS ERRADOS	<input type="checkbox"/> INSATISFACCIÓN CON LAS ASESORIAS
<input type="checkbox"/> MEJORAR EL FLUJO DE CAJA	<input type="checkbox"/> SIN EMPLEO	<input type="checkbox"/> COSTOS ALTOS EN SERVICIOS
<input type="checkbox"/> POCOS BENEFICIOS	<input type="checkbox"/> RETIRO DE LA COOPERATIVA	<input type="checkbox"/> VENTA DEL BIEN ASEGURADO

SEGURO DE AUTOMOVILES

Solicitud de Modificación <input type="checkbox"/>	Solicitud de Exclusión <input type="checkbox"/>	Beneficiario Oneroso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entidad : _____
Placa		Documentos soporte: Tarjeta de prop. Con levantamiento de prenda (opcional) <input type="checkbox"/> Carta para radicar en el SIM Levant. Prenda (opcional) <input type="checkbox"/> Certificación de paz y salvo de la Entidad Financiera (Opcional) <input type="checkbox"/> Copia de póliza vigente para cambio de Compañía <input type="checkbox"/>	
* Si la póliza tiene beneficiario oneroso, la exclusión se verá reflejada a los 30 días siguientes de su solicitud			
*En Caso de Modificación:			
Cambio de Propietario <input type="checkbox"/> Levantamiento de prenda <input type="checkbox"/> Cambio de datos Vehículo _____			

SEGURO DE HOGAR

Solicitud de Modificación <input type="checkbox"/>	Solicitud de Exclusión <input type="checkbox"/>	Beneficiario Oneroso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entidad : _____
Dirección del predio:		Documentos soporte: Certificación de paz y salvo de la Entidad Financiera (Opcional) <input type="checkbox"/> Copia de póliza vigente para cambio de Compañía <input type="checkbox"/>	
* Si la póliza tiene beneficiario oneroso, la exclusión se verá reflejada a los 30 días siguientes de su solicitud			
* En Caso de Modificación:			
Modif. Vr. Asegurados <input type="checkbox"/> Cambio datos Beneficiarios <input type="checkbox"/> Actualización de datos _____			

SEGURO DE VIDA

MEDICINA PREPAGADA

NUMERO DE CERTIFICADO <input type="text"/> Solicitud de Exclusión Definitiva <input type="checkbox"/> Solicitud de Exclusión beneficiarios <input type="checkbox"/> Solicitud de Exclusión Asegurado (s) <input type="checkbox"/> * En caso de marcar exc. Beneficiarios	NUMERO DE FAMILIA <input type="text"/> Solicitud de Exclusión Definitiva <input type="checkbox"/> Solicitud de Exclusión beneficiarios <input type="checkbox"/> Solicitud de Exclusión Titular <input type="checkbox"/> * En caso de marcar exc. Beneficiarios																												
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">Nombre y apellido</th> <th style="width:50%;">Identificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6 _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Nombre y apellido	Identificación	1 _____	_____	2 _____	_____	3 _____	_____	4 _____	_____	5 _____	_____	6 _____	_____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">Nombre y apellido</th> <th style="width:50%;">Identificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6 _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Nombre y apellido	Identificación	1 _____	_____	2 _____	_____	3 _____	_____	4 _____	_____	5 _____	_____	6 _____	_____
Nombre y apellido	Identificación																												
1 _____	_____																												
2 _____	_____																												
3 _____	_____																												
4 _____	_____																												
5 _____	_____																												
6 _____	_____																												
Nombre y apellido	Identificación																												
1 _____	_____																												
2 _____	_____																												
3 _____	_____																												
4 _____	_____																												
5 _____	_____																												
6 _____	_____																												

SEGURO DE EXEQUIAL

ASISTENCIA DOMICILIARIA (Emermedica, EMI, Domisalud)

Solicitud de Exclusión Definitiva <input type="checkbox"/> Nombre titular <input type="text"/> Identificación titular <input type="text"/> * Actualización de datos o modificaciones de Beneficiarios, unicamente por el formato del proveedor	NUMERO DE CERTIFICADO <input type="text"/> Solicitud de Exclusión Definitiva <input type="checkbox"/> Solicitud de Exclusión beneficiarios <input type="checkbox"/> * En caso de marcar exc. Beneficiarios														
	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">Nombre y apellido</th> <th style="width:50%;">Identificación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5 _____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6 _____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Nombre y apellido	Identificación	1 _____	_____	2 _____	_____	3 _____	_____	4 _____	_____	5 _____	_____	6 _____	_____
Nombre y apellido	Identificación														
1 _____	_____														
2 _____	_____														
3 _____	_____														
4 _____	_____														
5 _____	_____														
6 _____	_____														

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE RADICACIÓN

Firma del Asesor

Firma del Asociado

Huella