

Grupo Principal <input type="checkbox"/>	Sub-Grupo <input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Plan Especial Tradicional <input type="checkbox"/>	Plan Básico Único <input type="checkbox"/>	Fecha Solicitud Día Mes Año	Fecha Inicio Vigencia Día Mes Año	Fecha Fin Vigencia Día Mes Año
--	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellidos	Nombres	Documento de Identidad	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad	Fecha de Nacimiento Día Mes Año
Dirección Residencial	E-mail	Teléfono	Ciudad	Departamento	
Dirección Comercial		Teléfono	Ciudad	Departamento	

**USO EXCLUSIVO SOLICITANTE SUB-GRUPO**

Nombre del Afiliado Principal del Sub-Grupo	Documento de Identidad	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad	Fecha de Nacimiento Día Mes Año
Dirección Residencial	E-mail			Teléfono
Ciudad	Departamento	Plan Especial <input type="checkbox"/>	Tradicional <input type="checkbox"/>	Básico <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/>

**BENEFICIARIOS** Grupo Principal  Sub-Grupo 

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento			Edad
			Día	Mes	Año	

**DATOS DEL CONTRATO**

Concepto	Prima Anual
Cobertura Exequial	
Extraprima por edad (Exequial)	
Prima asegurados adicionales	
Prima anexo de accidentes personales	
Prima anexo de repatriación	
Prima Gasto Emergente	
Total prima anual	
Valor de la prima de acuerdo a la periodicidad	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>

**ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES (Únicamente para el Asegurado Principal)**

 Si  No 

Límite Máximo del Valor Asegurado	17.5 SMMLV <input type="checkbox"/> (En caso de escoger el Plan Exequial Especial)	10.49 SMMLV <input type="checkbox"/> (En caso de escoger el Plan Exequial Tradicional)	3.5 SMMLV <input type="checkbox"/> (Para modalidad solo asegurado Principal en caso de escoger el plan Exequial Básico)	5.24 SMMLV <input type="checkbox"/> (Para modalidad Grupo Familiar en caso de escoger el plan Exequial Básico)
-----------------------------------	---	---	--	---

**BENEFICIARIOS ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES**

Apellidos y Nombres	Parentesco	Porcentaje

**ANEXO DE GASTO EMERGENTE (Únicamente para el Asegurado Principal)** Si  No 

 Plan: Especial  Tradicional  Básico  Único 
**ANEXO DE REPATRIACION**

 Sí  No  Número de Cupos Contratados \_\_\_\_\_ (Máximo 3 cupos por Póliza)

**INFORMACION GENERAL DE LA POLIZA**

Yo, \_\_\_\_\_ solicito mi inclusión y la de mi grupo familiar (si lo hubiere) en la póliza mencionada con los amparos y autorizo se descuente el valor correspondiente de la prima, con cargo a:

Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/>	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>	No. de Cuotas	No. _____
Tipo de Tarjeta Visa <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Credencial <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/>		Entidad Financiera	Número de Tarjeta	Vencimiento Tarjeta Mes Año
Si es pago de contado marque con una "X" (recuerde que el pago de contado sólo se permite para forma de cobro "Anual y Semestral")			Efectivo <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>
Firma del Titular de la Cuenta o Tarjeta			C.C. No. _____	

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO**

Declaro en mi nombre y en el del grupo asegurado, que aceptamos que el pago de la indemnización, de conformidad con el clausulado general de la póliza, sea cancelada mediante el reembolso en dinero por parte de LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. a quien compruebe haber pagado el valor de los servicios funerarios, sin exceder del límite asegurado, con ocasión del fallecimiento del asegurado principal o de cualquier integrante del grupo familiar asegurado.

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA**  
 Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. para verificar y pedir ante cualquier médico e institución hospitalaria, la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

**AUTORIZACION HABEAS DATA**  
 En mi calidad de Tomador y/o Asegurado autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A., para que con los fines estadísticos, comerciales, de mercadeo, venta cruzada, prestación de servicios, de información entre compañías de seguros y entre éstas y las autoridades competentes, obtenga, consulte, almacene, administre, transfiera, compile, intercambie, envíe, divulgue y reporte cualquier información, derivada del presente contrato de seguros y que resulte de todas las operaciones, que directa o indirectamente se le haya suministrado a LIBERTY SEGUROS o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del contrato de seguro derivado de la presente solicitud, el cual el Tomador y/o Asegurado declara conocer y aceptar en todas sus partes. Esta autorización se hace extensiva a las sociedades vinculadas con LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A., entre ellas, pero sin limitarlas a LIBERTY SEGUROS y LA LIBERTAD COMPAÑÍA DE INVERSIONES Y SERVICIOS S.A..

Autorizo el descuento por nómina (solicitante grupo) ó cuenta de ahorros del valor mensual que se genere a mi cargo, por concepto de éste programa.

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante
------------------------	-----------------------