

HOJA DE SERVICIO PORTAFOLIO TRANQUILIDAD EN VIDA

Fecha de solicitud
Póliza número

Producto

- Vida Inversión
 Vida Integral
 Tranquilidad Hijos
 Tranquilidad Vida Activa
 Tranquilidad Adulto Mayor

Tomador

Tipo de documento Número de documento

Asegurado

Tipo de documento Número de documento

Servicio a solicitar

- Cambio en la forma de pago a**
 Caja/PSE
 Débito automático
 Rehabilitación
 Cancelación
 Descuento comercial
 Retiro parcial del fondo \$
(Informar el número de documento del tomador de la otra póliza del grupo familiar)

Cambio en el período de facturación a

- Mensual
 Semestral
 Anual

Pago de la prima riesgo con dinero del fondo del ahorro

Retiro de devolución de prima

Corrección/Actualización de Datos Personales (Diligencie solo las casillas que desee modificar)

Nombres Apellidos
 Tipo de documento Número de documento E-mail Celular

Cambio de clave

Clave anterior Nueva clave
Adjuntar documentos definidos por el Departamento de Oferta de Valor Intermediarios

Incremento o disminución de valor asegurado/inclusión o exclusión de amparos

Amparos	Valor asegurado solicitado	Inclusión	Exclusión
<input type="radio"/> Amparo Básico	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Muerte Accidental	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Muerte Accidental por Accidente de Tránsito	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Terrestre	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Desmembración	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Renta Diaria por Incapacidad	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Gastos Médicos	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Enfermedades Graves al 50%	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Amparos	Valor asegurado solicitado	Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ¿En los últimos 12 meses se ha realizado pruebas de tamización para cáncer de cuello uterino (<i>citología cervicovaginal o test de detección VPH</i>) y el resultado ha sido informado como normal? 	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades Graves al 100% 	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> ¿En los últimos 12 meses se ha realizado pruebas de tamización para cáncer de cuello uterino (<i>citología cervicovaginal o test de detección VPH</i>) y el resultado ha sido informado como normal? 	<input type="text"/>	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Renta Diaria por Enfermedad 	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad Total y Permanente por enfermedad y accidente como anticipo 	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad Total y Permanente por enfermedad como suma adicional 	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad Total y Permanente por accidente como suma adicional 	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> Incremento Anual 	<input type="text"/> %		

Modificaciones al Ahorro

Aumento del valor a ahorrar a <input type="text"/>	Disminución del valor a ahorrar a <input type="text"/>	Aporte adicional al fondo de <input type="text"/>
--	--	---

Cambio en el período de facturación a

Mensual
 Semestral
 Anual

Cambio en la forma de pago a

Caja
 Débito automático

Cambio de beneficiarios

Nombre <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
Tipo de documento <input type="text"/>	Número de documento <input type="text"/>	Porcentaje de participación <input type="text"/>

Nombre <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
Tipo de documento <input type="text"/>	Número de documento <input type="text"/>	Porcentaje de participación <input type="text"/>

Nombre <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
Tipo de documento <input type="text"/>	Número de documento <input type="text"/>	Porcentaje de participación <input type="text"/>

Nombre <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
Tipo de documento <input type="text"/>	Número de documento <input type="text"/>	Porcentaje de participación <input type="text"/>

Beneficiarios contingentes

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de documento	Número de documento	Porcentaje de participación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de documento	Número de documento	Porcentaje de participación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de documento	Número de documento	Porcentaje de participación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de documento	Número de documento	Porcentaje de participación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones del Tomador/Asegurado

Firma del Tomador/Asegurado
C.C./C.E./P.P. _____