

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)

Cancelación	Cambio valor asegurado: Aumento Disminución	Cambio de intermediario
Devolución de ahorro	Estado actual de la póliza	Actual clave
Actualización de datos	Cambio de medio de pago: Si su respuesta fue débito automático: Banco: Tipo de cuenta: Ahorros Corriente Número de cuenta:	Cambiar por clave
Inclusión y/o cambio (modificación) de clausula		Aclaraciones
Devolución valores de cesión		
Paz y salvo	Cambio de periodicidad de pago	
Cambio y/o modificación de beneficiarios	Mensual Trimestral Semestral Anual	Otros

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

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Para POSITIVA COMPAÑIA 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	

FAVOR INFORMAR A POSITIVA AL MOMENTO DE SU SALIDA DEL PAÍS

¿RESIDE O PERMANECE EN EL EXTERIOR POR MAS DE 180 DÍAS EN EL AÑO? SI NO

País de residencia en el exterior	Ciudad de residencia en el exterior	Teléfono de contacto en el exterior
Indique su número de identificación Tributaria en el país de residencia	Dirección de residencia en el exterior	

¿USTED TIENE PROGRAMADO SALIR DEL PAÍS Y RESIDIR EN EL EXTERIOR EN UN FUTURO CERCANO? SI NO

SI SU RESPUESTA ES SI, FAVOR DILIGENCIAR LOS SIGUIENTES CAMPOS:

País	Ciudad	Fecha aproximada que recibirá en el exterior	AÑO	MES	DÍA
------	--------	--	-----	-----	-----

DÓNDE DESEA RECIBIR CORRESPONDENCIA E-mail Residencia Oficina

FIRMA Tomador y/o Asegurado C.C.	HUELLA ÍNDICE DERECHO	Para uso exclusivo de Positiva Compañía de Seguros S. A. Verificación de la información:
		Nombre - funcionario de la Compañía:
		Firma - funcionario de la Compañía:
		Sucursal Positiva:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA Y CREDITICIA DE COLOMBIA MIS_5_2_2_FR47 Fecha: 11/09/23 Versión: 04