

DEVOLUCIÓN DE PRIMAS DE SEGURO POR ENDOSO DE PÓLIZA



FECHA DE SOLICITUD

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

CIUDAD

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DATOS DEL ASEGURADO

|  |                                  |   |
|--|----------------------------------|---|
| TIPO DOC.<br>C.C. <input type="checkbox"/><br>C.E. <input type="checkbox"/><br>P.S. <input type="checkbox"/> | DOCUMENTO DE IDENTIDAD<br>[Grid] | NOMBRES Y APELLIDOS DEL TITULAR<br>[Grid] |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA<br>[Grid]  | TELÉFONO RESIDENCIA<br>[Grid]    | NÚMERO DE CELULAR<br>[Grid]               |
| CORREO ELECTRÓNICO<br>[Grid]   | NACIONALIDAD<br>[Grid]           |   |
| PAÍS DE NACIMIENTO<br>[Grid]   | PAÍS DE RESIDENCIA<br>[Grid]     |   |

PRIMAS DE SEGURO A REPLICAR

NÚMERO DE CRÉDITO

VIDA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

INCENDIO Y TERREMOTO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Marque con una equis (X) su elección de devolución de primas de seguro

- Abono a capital con reducción de plazo
- Abono a capital con reducción de cuota \*
- Adelanto de cuota

\* Tenga en cuenta que la opción 2 "Reducción de cuota" no aplica para créditos de libranzas

**Nota:** Con base en su elección se aplicará el reintegro teniendo en cuenta el estado de la obligación, en caso de encontrarse en mora se aplicará el valor a la obligación de acuerdo con lo previsto en el pagaré suscrito en favor del Banco.

FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

D.I. N° \_\_\_\_\_

FECHA DILIGENCIAMIENTO

| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |