



NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3
Tel: (601) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autorretenedores

Este documento constituye una solicitud de seguro y por lo tanto puede o no ser aceptada por el Asegurador. Una vez analizada la información proporcionada por la entidad, el Asegurador se reserva el derecho de proponer alternativas de cobertura. Una vez celebrado el contrato de seguro, este formulario se convertirá en parte integral de la póliza.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se hacen.



Información general

1. Nombre del Solicitante 2. Nit y/o CC
3. ¿A qué asociaciones profesionales pertenece la Asegurada?
4. ¿Indique el número actual de estudiantes matriculados en la institución?
5. ¿Indique el número actual estimado de estudiantes a estar matriculados el próximo año?
6. ¿Indique si la institución educativa, ofrece programas para personas con alguna limitación física o mentalmente discapacitadas?
Sí No Si la respuesta es "Sí", explique
7. ¿Alguno de los profesores ha sido suspendido, destituido, transferido o no se le ha renovado su contrato durante los últimos 12 meses?
Sí No Si la respuesta es "Sí", explique
8. ¿Existe un contrato preestablecido usado para los profesores? Sí No
9. ¿Favor indique si ha negado o cancelado algún tipo de seguro similar al solicitado? Sí No
Si la respuesta es "Sí", explique

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré al Asegurador cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro.

Nombre

Firma

Cargo

Fecha