

DEVOLUCIÓN DE PRIMAS DE SEGURO POR ENDOSO DE PÓLIZA



FECHA DE SOLICITUD

Día	Mes	Año

CIUDAD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DEL ASEGURADO

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