



FORMATO REPORTE DE BENEFICIARIOS
PÓLIZA VIDA GRUPO

En cumplimiento de lo establecido en las cláusulas particulares de póliza de seguro de vida, Invitación pública 002 de 2024, donde no exige requisito de asegurabilidad de los funcionarios asegurados, únicamente designación de beneficiarios.

Por favor diligenciar todos los campos:

TOMADOR DE LA POLIZA: UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

No. POLIZA: 3400004759

VIGENCIA DE LA POLIZA DESDE: 8/04/2024 HASTA: 7/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO:

#	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE DESIGNACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
TOTAL					100%

FIRMA ASEGURADO PRINCIPAL

FECHA DE FIRMA Y
DILIGENCIAMIENTO

DÍA	MES	AÑO