

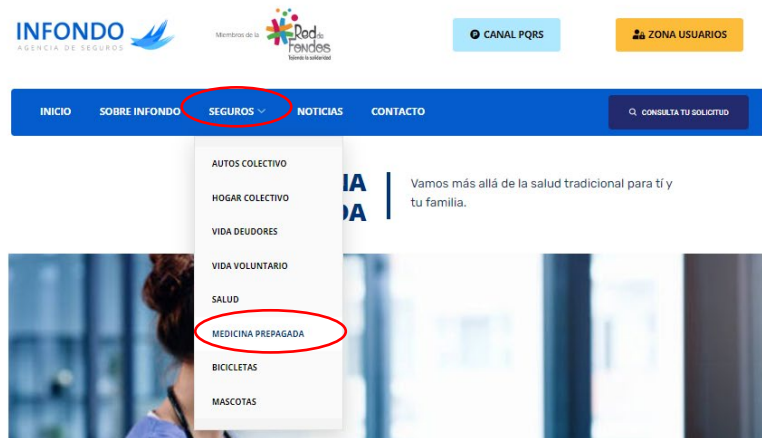


INSTRUCTIVO PARA COTIZAR MEDICINA PREPAGADA

A través de nuestra página puedes realizar cotización de medicina prepagada

Ingresa a nuestra sección SEGUROS/MEDICINA PREPAGADA

agenciainfondo.com.co/medicina-prepagada/



Una vez seleccionada la opción de COTIZAR, MODIFICAR O CANCELAR se despliegan los siguientes campos para cada solicitud.

SOLICITUDES DE ESTE PRODUCTO

Diligencia el siguiente formulario para cotizar y te contactaremos con una propuesta de valor muy pronto.
También puedes solicitar modificaciones o cancelaciones.

Tipo de Solicitud

Cotizar
Seleccione tipo
Cotizar
Modificar
Cancelar

A través de la opción COTIZAR, debes diligenciar información del asociado.

SOLICITUDES DE ESTE PRODUCTO

Diligencia el siguiente formulario para cotizar y te contactaremos con una propuesta de valor muy pronto.
También puedes solicitar modificaciones o cancelaciones.

Tipo de Solicitud

Cotizar

Fondo Asociado (*obligatorio)

Seleccione un fondo...

NOMBRE ASOCIADO

CEDULA ASOCIADO

CORREO ELECTRONICO ASOCIADO

CELULAR ASOCIADO

Fecha de nacimiento asociado

dd/mm/aaaa

NOMBRE ASEGURADO

CEDULA ASEGURADO

Fecha de nacimiento propietario

dd/mm/aaaa

CORREO ELECTRONICO ASEGURADO

CELULAR ASEGURADO

Al terminar de diligenciar los espacios vas a encontrar la opción de adjuntar archivos en formato JPG (si fueran necesarios) y si deseas alguna observación adicional, dejarnos un mensaje en el cual puedes detallar tu solicitud. Esto permitirá tener mayor exactitud de la información que nos proporcionas.

Adjuntar Documento

Elegir archivos Ninguno archivo selec.

DETALLE DE TU SOLICITUD

COTIZAR AHORA

Para MODIFICAR o CANCELAR puedes diligenciar la siguiente información:

SOLICITUDES DE ESTE PRODUCTO

Diligencia el siguiente formulario para cotizar y te contactaremos con una propuesta de valor muy pronto. También puedes solicitar modificaciones o cancelaciones.

Tipo de Solicitud

Modificar

Fondo Asociado (*obligatorio)

Seleccione un fondo...

NOMBRE ASOCIADO

CEDULA ASOCIADO

CORREO ELECTRONICO ASOCIADO

CELULAR ASOCIADO

Fecha de nacimiento asociado

dd/mm/aaaa

DETALLES MODIFICACION

Fecha de modificación

dd/mm/aaaa

SOLICITAR

SOLICITUDES DE ESTE PRODUCTO

Diligencia el siguiente formulario para cotizar y te contactaremos con una propuesta de valor muy pronto. También puedes solicitar modificaciones o cancelaciones.

Tipo de Solicitud

Cancelar

Fondo Asociado (*obligatorio)

Seleccione un fondo...

NOMBRE ASOCIADO

CEDULA ASOCIADO

CORREO ELECTRONICO ASOCIADO

CELULAR ASOCIADO

Fecha de nacimiento asociado

dd/mm/aaaa

MOTIVO CANCELACION

Fecha de cancelación

dd/mm/aaaa

SOLICITAR

Cuando se completen todos los campos damos CLICK en **COTIZAR AHORA, SOLICITAR MODIFICACIÓN O, SOLICITAR CANCELACIÓN**, nos lleva a la confirmación de envío de la información.

INFONDO
AGENCIA DE SEGUROS

Hemos recibido tu mensaje

Numero de radicado
202210260832106

Un asesor se comunicará contigo antes de 2 días hábiles para darte la información solicitada

[Cerrar esta ventana](#)

[Imprimir](#)

Generando un radicado el cual podemos consultar en la página de [INICIO](#)

CONSULTA TU SOLICITUD

**EN INFONDO SIEMPRE
ENCONTRARÁS LA MEJOR OPCIÓN
EN SEGUROS**