

FORMATO AFILIACIÓN PLAN EXEQUIAL LOS OLIVOS

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

| | | | | |
|--|-------------------|--|---|--|
|  | Nombres | | Edad | |
| | Apellidos | | Teléfono | |
| | Nº Identificación | | Estado civil | |
| | Fecha Nacimiento | | Empresa en donde labora | |
| | Dirección | | Correo electrónico | |
| | Ciudad Residencia | | Repatriación Titular Costo Opcional \$6.700 Mensual (SI/NO) Plan Integral | |
| | Ocupación | | PLAN: INTEGRAL \$8.484 ORO \$19.240 ORO REPATRIACION \$21.338 | |

DATOS BENEFICIARIOS: 5 CUPOS LIMITE DE EDAD HASTA 60 AÑOS - 2 CUPOS PARA CONYUGE, PADRES O A FALTA DE ESTOS SUEGROS SIN LIMITE DE EDAD.

| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | APELLIDOS | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA | EDAD | PARENTESCO | Repatriación Costo Opcional \$6.700 (SI/NO) |
|----|----------------|---------|-----------|--------------------------------|------|------------|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |

BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA (Plan Integral Vr Asegurado \$1.000.000 Planes Oro Vr Asegurado \$4.000.000) Fallecimiento del Titular
 Edad Ingreso hasta los 65 años permanencia 75 años; Carencia de 90 días por muerte natural, 180 días por suicidio y homicidio

| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRE COMPLETO | PARENTESCO | % | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA |
|----|----------------|-----------------|------------|---|--------------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |

PERSONAS ADICIONALES / LIMITE DE EDAD HASTA 65 AÑOS - Plan Integral por persona \$3.150 / Planes Oro y Oro Repatriación \$7.418

| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | APELLIDOS | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA | EDAD | PARENTESCO | Repatriación Costo Opcional \$6.700 (SI/NO) |
|----|----------------|---------|-----------|--------------------------------|------|------------|---|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |

EXEQUIAS MASCOTAS (Perros y/o Gatos) \$5.500 por mascota - Anexar carnet de vacunas - Edad ingreso desde 4 meses hasta 8 años, hasta 50 kilos

| Nº | NOMBRE MASCOTA | RAZA | ESPECIE | COLOR | PESO (KG) | MACHO | HEMBRA | EDAD |
|----|----------------|------|---------|-------|-----------|-------|--------|------|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |

NOTA 1: EL CORTE ES EL DIA 20 DE CADA MES
 ESTE FORMATO TENDRA VALIDEZ DE COBERTURA EL DIA 01 DEL MES SIGUIENTE AL REPORTE ANTES DEL DIA 20 DE CADA MES

| | |
|---|--|
| FIRMA | |
| NOMBRE LEGIBLE | |
| IDENTIFICACION | |
| FECHA DILIGENCIAMIENTO (DD/MM/AAAA) | |
| GESTOR DE SERVICIO AL CLIENTE FONDEICON | |