

FECHA DE AFILIACION

--	--	--

FECHA DE VIGENCIA

--	--	--

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	E-MAIL:	
DIRECCION DE OFICINA	BARRIO	CIUDAD	TELEFONO
DIRECCION DE RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD	TELEFONO

<input type="checkbox"/> PLAN GRUPO BASICO FAMILIAR SOLTERO	<input type="checkbox"/> PLAN SIETE	<input type="checkbox"/> PLAN MULTIFAMILIAR	<input type="checkbox"/> PLAN CULTIVOS
<input type="checkbox"/> PLAN GRUPO BASICO FAMILIAR CASADO	<input type="checkbox"/> PLAN BASE	<input type="checkbox"/> PLAN DE INDIVIDUALIDADES	

ALTERNATIVAS

<input type="checkbox"/> CLASICA	\$		MENSUALES	<input type="checkbox"/> ADICIONALES	\$		MENSUALES
<input type="checkbox"/> SUPERIOR	\$		MENSUALES	<input type="checkbox"/> ADICIONALES	\$		MENSUALES
<input type="checkbox"/> EXCELENCIA	\$		MENSUALES	<input type="checkbox"/> ADICIONALES	\$		MENSUALES

LA DIFERENCIA ENTRE ESTAS TRES ALTERNATIVAS RADICA EN EL TAMAÑO DE LA SALA DE VELACIÓN, CARACTERISTICAS DIFERENTES DEL COFRE FUNEBRE, (En las localidades donde se den estas diferencias).

BENEFICIARIOS DEL PLAN

PARENTESCO DE LOS BENEFICIARIOS	NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA

BENEFICIARIOS ADICIONALES

NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA

DECLARO QUE: LOS BENEFICIARIOS EN EL MOMENTO DE INSCRIBIRNOS, ESTAMOS GOZANDO DE BUENA SALUD, Y NO TENEMOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES TERMINALES, NI HISTORIA MÉDICA DE CÁNCER O SIDA. PARA SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL SERVICIO DEBERÁ COMUNICARSE ÚNICAMENTE CON RECORDAR S.A. A LAS LÍNEAS DE SERVICIO AL CLIENTE DETALLADAS AL RESPALDO DE ESTA AFILIACIÓN. LA NO UTILIZACIÓN DEL SERVICIO NO DARÁ LUGAR A INDEMNIZACIÓN O DEVOLUCIÓN DE DINERO.

Autorizo a: _____ descontar mensualmente de mi sueldo la suma de _____ pesos m/cte. (\$) para cubrir la cuota mensual de la Previsión Exequial Prepagada Total.

DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO.

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR

DEPENDENCIA

INFORMACION DILIGENCIADA POR RECORDAR S.A.

FORMA DE PAGO	No. DE CUOTAS	V/R. CUOTA MES	V/R. CUOTA AÑO	CONTRATO No.	NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADOR	CODIGO
		\$	\$			

