

MARQUE EL PLAN QUE TIENE O DESEA TENER:

PLAN UNIFAMILIAR
PLAN INTEGRAL DIEZ

PLAN CANDELARIA
PLAN CANDELARIA UNIFAMILIAR
PLAN CANDELARIA DIEZ

MARQUE SI DESEA INCLUIR ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

PLAN ASISTENCIA MASCOTAS SI NO
(PARA PERROS Y GATOS MAYORES DE 3 MESES Y MENORES DE 12 AÑOS)

PLAN REPATRIACIÓN SI NO
(CUBRE AL GRUPO FAMILIAR A PRIMERA PÉRDIDA)

SI DIJO QUE SI AL PLAN DE ASISTENCIA MASCOTAS, POR FAVOR DILIGENCIE LA INFORMACIÓN DE LA (LAS) MASCOTA (AS) AL FINAL DE ESTE FORMATO.

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	X	C.E.	T.I.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
	No.							
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO O CELULAR		DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				SEXO	ESTADO CIVIL	VIUDO	SEPARADO	UNIÓN LIBRE
AA		MM	DD	F	M	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO
								OCUPACIÓN

DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR

No.	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NACIMIENTO			PARENTESCO	GÉNERO	
						D	M	A		F	M
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

ADICIONALES

No.	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NACIMIENTO			PARENTESCO	GÉNERO	
						D	M	A		F	M
1											
2											
3											
4											
5											

PLAN ASISTENCIA MASCOTAS

No.	NOMBRE DE LA MASCOTA	TIPO (PERRO O GATO)	GÉNERO (HEMBRA O MACHO)	RAZA	COLOR	PESO APROXIMADO	EDAD
1							
2							

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Solicanasta \$1.000.000 - Seguro de vida titular de la póliza)

No.	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE
1							
2							
3							

Autorizo descontar por Nómina en cuotas quincenales, el valor del Plan Exequial seleccionado, menos el 20% de descuento otorgado por Fempal. Así mismo autorizo a ALPOPULAR para que en caso de retiro de la empresa, el saldo existente a la fecha sea descontado de mi salario, vacaciones, primas extralegales y/o legales, bonificaciones, indemnizaciones, prestaciones sociales y demás acreencias. Autorizo a Fempal para que consulte y reporte información en las Centrales de Riesgo.

AUTORIZO MI AFILIACIÓN O LA RENOVACIÓN DE MI PLAN EXEQUIAL

[Blank space for signature]

FIRMA DEL ASEGURADO
C.C. [Blank space]

[Blank space for stamp]

HUELLA ÍNDICE
DERECHO

NOTA: PARA MAYOR CLARIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA, AGRADECEMOS DILIGENCIAR EL FORMATO EN COMPUTADOR O CON LETRA LEGIBLE.