

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)

PLAN ASISTENCIA MÉDICA

SI  NO

PLAN ASISTENCIA BICICLETAS

SI  NO

(EN SITUACIONES DE EMERGENCIA LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO)

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	OCUPACIÓN
	AA		MM		DD		F	M	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO

**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 laborales. Autorizo a Fempal para que consulte y reporte información en las Centrales de Riesgo.

AUTORIZO MI AFILIACIÓN O LA RENOVACIÓN DE MI PLAN EXEQUIAL

FIRMA DEL ASEGURADO

C.C.

HUELLA ÍNDICE DERECHO

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