

INCLUSION NUEVA

ACTUALIZACIÓN

NOMBRE ASOCIADO:		N° IDENTIFICACIÓN:	
TITULAR SUBGRUPO:		ID TITULAR SUBGRUPO:	
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	
ENTIDAD:	CELULAR:	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO O UNION LIBRE	
E-MAIL:			

INVERSIÓN MENSUAL

BENEFICIO PENSIONADOS		SI	NO	PLANES	
<input type="checkbox"/>	Opción 1 TITULAR + 12	\$	_____	PLAN TITULAR + 12	\$ 13.000
<input type="checkbox"/>	Opción 2 ADICIONALES	\$	_____	PERSONA ADICIONAL	\$ 1.575
<input type="checkbox"/>	Opción 3 ABUELOS	\$	_____	PLAN ABUELO	\$ 9.000
<input type="checkbox"/>	Opción 4 MASCOTAS	\$	_____	MASCOTA ADICIONAL	\$ 4.200
<input type="checkbox"/>	Opción 5 CENIZAS AL MAR	\$	_____	PLAN CENIZAS AL MAR	\$ 5.250
<input type="checkbox"/>	Opción 6 SUBGRUPO EXTRA.	\$	_____	SUBGRUPO_EXTRAPRIMA	\$ 21.000

BENEFICIARIOS

	NOMBRE DEL TITULAR Y USUARIOS A CARGO	Fecha Nacimiento	Edad	Parentesco	Ciudad
1				TITULAR	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

ADICIONALES

Menores de 70 años con cubrimiento a partir de los 30 días a partir de inicio de vigencia ó del primer descuento

BENEFICIARIOS

	NOMBRE DEL TITULAR Y USUARIOS A CARGO	Fecha Nacimiento	Edad	Parentesco	Ciudad
1	S				
2	D				
3	D				
4	D				
5	D				

AUTORIZACIÓN DE PAGO: Autorizo descontar de mi nómina el valor de las cuotas correspondiente al Plan de Previsión Exequias de COORSERPARK SAS, durante la vigencia de este, el cual declaro conocer. RENOVACIÓN: Igualmente autorizo su renovación anual automática (las tarifas serán ajustadas anualmente el primero de enero en un valor como mínimo al índice de precios al consumidor "IPC". TERMONAVIÓN AUTOMÁTICA DEL PLAN EXEQUIAL: El no pago de la cuota en el tiempo establecido genera la terminación del contrato de conformidad con lo establecido en el Art. 1152 del Código de Comercio. En el evento de catástrofe, guerra interior o exterior o muerte colectiva el gobierno nacional prestara los servicios para las víctimas de acuerdo a lo dispuesto por la ley a través de las entidades competentes para ello(FOSYGA, CRUZ ROJA) o además entidades autorizadas por el gobierno para tal fin. Todo de acuerdo a la ley de protección al consumidor.

0 _____
FIRMA ASOCIADO

NOMBRE ASESOR

OFICINA DE SEGUROS

FORMA DE PAGO					
FECHA NOVEDAD			FECHA INICIO VIGENCIA		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año