

FORMULARIO DE AFILIACIÓN PLAN PLUS INDIVIDUAL

1.) TIPO DE SOLICITUD

 INDIVIDUAL GRUPAL PLAN _____

No.

FECHA

CIUDAD

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |

2.) DATOS AFILIADO PRINCIPAL

| | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| NOMBRES | | | | APELLIDOS | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | CÉDULA DE IDENTIDAD / PASAPORTE | | | NACIONALIDAD | | |
| ESTADO CIVIL | | | SEXO | | TITULAR CON BENEFICIOS | | SI <input type="checkbox"/> |
| S <input type="checkbox"/> | C <input type="checkbox"/> | V <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | UL <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

3.) DATOS DEL CONYUGE

| | | | | |
|---------|--|-----------|--|---------------------------------|
| NOMBRES | | APELLIDOS | | CÉDULA DE IDENTIDAD / PASAPORTE |
|---------|--|-----------|--|---------------------------------|

4.) DIRECCIONES

| | | | |
|------------------------|--|---------------|-------------------|
| DIRECCIÓN DOMICILIARIA | | SECTOR | TELÉFONO |
| | | | TELF. CELULAR |
| DIRECCIÓN TRABAJO | | TELF. OFICINA | CARGO |
| | | | E-MAIL |
| REFERENCIA PERSONAL | | PARENTESCO | TELÉFONO OFIC/DOM |
| | | | TELÉFONO CELULAR |

5.) DEPENDIENTES

| N. | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE NACIMIENTO | | | PARENTESCO | SEXO | PESO | ESTATURA | VALOR | | TOTAL |
|----|---------------------|---------------------|-----|-----|------------|------|------|----------|-------------------|---------------|-------|
| | | DÍA | MES | AÑO | | | | | SERV. ADICIONALES | ASIST. MÉDICA | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |

6.) SERVICIOS ADICIONALES

 SEGURO DE VIDA
 SEGURO DE ACCIDENTES
 SERVICIOS EXEQUIALES

 VALOR COTIZADO
 DESCUENTO
 GASTOS ADMINIST.
 CUOTA MENSUAL
 GASTOS DE EMISIÓN
 SEG. CAMP.
 TOTAL 1ERA. CUOTA

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

7.) FORMA DE PAGO

| | |
|---------------|--------|
| BANCO/TARJETA | NUMERO |
|---------------|--------|

| PERÍODO | | | | |
|---------|--------|----------|---------|-------|
| MEN. | BIMEN. | TRIMEST. | SEMEST. | ANUAL |
| | | | | |

 TARJETA
 FECHA CADUCIDAD
 CÓDIGO SEGURIDAD

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | |
|---------------------------|---------------------|
| NOMBRE DUEÑO DE LA CUENTA | CÉDULA DE IDENTIDAD |
|---------------------------|---------------------|

FIRMA EJECUTIVO COMERCIAL

FIRMA ASEGURADO

FIRMA DEL DIRECTOR