

Diligencie este formato incluyendo 6 beneficiarios de su núcleo familiar así: (4 personas menores de 50 años y hasta dos personas menores de 75 años, Padres, Suegros, Conyugue, hijos, hijastros, hermanos, Sobrinos, Primos, Nietos, Tíos, Servicio doméstico).

Si aún no está AFILIADO diligencie esta circular.

Recuerde que si viene de otra entidad Funeraria respetamos la continuidad y sin límite de permanencia, ingresa con servicio inmediato a partir del momento de la afiliación. Debe anexar copia de la afiliación anterior con los beneficiarios.

**Valor mensual: \$ 9.000** Por convenio con FONDO EMPLEADOS FONALIANZA

**EJECUTIVO COMERCIAL:**

**Julieth Paulina Muñoz Serna Cel.: 313 587 84 88**

Correo electrónico: [ejecutivocomercial1pereira@losolivos.co](mailto:ejecutivocomercial1pereira@losolivos.co)

| Fecha                               |                    | TITULAR             |                     |                     |       |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------|
| Nombres y Apellidos                 |                    | Cédula              |                     | Fecha de Nacimiento |       |
| Dirección                           |                    | Teléfono Fijo       |                     | Ciudad              |       |
| Correo electrónico                  |                    | Estado civil        |                     | Celular             |       |
| BENEFICIARIOS                       |                    |                     |                     |                     |       |
| Documento                           | Nombre y Apellidos |                     | Fecha de nacimiento | Parentesco          |       |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |
| MASCOTAS (ANEXAR CARNET DE VACUNAS) |                    |                     |                     |                     |       |
| Nombre                              | Peso               | Edad                | Sexo                | Raza                | Color |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |
| REPATRIACIÓN                        |                    |                     |                     |                     |       |
| Nombre y Apellidos                  | Cédula             | Fecha de nacimiento | Parentesco          | País de origen      |       |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |
|                                     |                    |                     |                     |                     |       |

Firma de afiliado principal: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_