

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

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. _____