

"Porque él nos guiara aún más allá de la muerte..."

No. FICHA

ABE-0000

INFORMACION DEL CONTRATANTE						
CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	CONGREGACION:	DISTRITO	FECHA DE NACIMIENTO		
APELLIDOS		NOMBRES		DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
EDAD	TELEFONO	CELULAR	WHATSAPP	PLAN CONTRATADO		
CORREO ELECTRONICO				PLAN BASICO BENEFICIO (SIN COSTO)		
				PLAN EJECUTIVO (\$ 25.000)		
				TOTAL MENSUALIDAD		\$

INFORMACION BENEFICIARIOS Conformación De Grupo Familiar:						
- El Asociado y grupo familiar.		- Esposa hasta los 80 años.		- Padres o suegros sin límite de edad (2 cupos) .		
- El titular puede ingresar hasta los 80 años.		- Hijos hasta los 65 años.				
No.	DOCUMENTO	APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Los cambios de hacen la fecha Día ____ Mes ____ Año ____ los cuales registrarán a partir del día 01 junio 202_

Cobertura

Titulares nuevos: Protección para su núcleo familiar (esposa e hijos) hasta tanto llegue el formato completo.

Todo el grupo debe estar en **condiciones normales de salud**, en el momento de la afiliación. (NO SE ACEPTAN PERSONAS CON ENFERMEDADES TERMINALES TALES COMO CANCER, SIDA, HEPATITIS ETC.)

Una vez diligenciada la afiliación, no podrán ser incluidas personas adicionales, excepto cónyuge e hijos, si tiene cupo disponible.

Vigencia

La vigencia del beneficio es de (1) año, se entenderá por renovado en forma automática por el término igual, cuando el afiliado titular no manifestare su voluntad de darlo por terminado. Las modificaciones a los grupos podrán realizarse en Abril y Mayo de cada año. Fecha en la que podrá hacer cambios de acuerdo a las condiciones vigentes del mismo.

Declaro que conozco y acepto las condiciones del Presente contrato y que los datos consignados en la presente solicitud son verdaderos.

FIRMA
C.C.

FIRMA ASESOR
C.C.