



INSCRIPCIÓN DE BENEFICIARIOS SIN GRADO DE CONSANGUINIDAD AL SERVICIO FUNERARIO Y AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTOS DE SALARIOS

ASOCIADO FODEOCCI

Primer Apellido: _____		Segundo Apellido: _____		Nombres: _____	
Tipo y Número de Documento: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> N° _____		Fecha de Nacimiento: (AAAA / MM / DD)	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Estado Civil:	Teléfono:
Dirección: _____	Ciudad: _____	Empresa: _____		Email: _____	
Seleccione su opción: Inclusión <input type="radio"/> Modificación <input type="radio"/>					

BENEFICIARIOS ADICIONALES

La póliza es manejada por el Fondo de Empleados de Seguridad de Occidente FODEOCCI. La condición es estar vinculado al FONDO. Se paga por persona afiliada. Se podrá inscribir a las personas que se desee, sin grado de consanguinidad. Se aceptan personas mayores de 65 años y hasta los 83 años, condicionadas a que por cada dos (2) personas menores a 65 años se podrá inscribir una (1) mayor a 65 años. Se aceptan los padres, abuelos o suegros del titular, máximo dos (2), sin límite de edad.

NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	Nº DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EPS
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			
			(AAAA/MM/DD)			

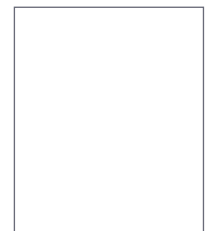
NOTA:

- Se entiende que lo escrito en esta solicitud es verídico y que el afiliado principal y su familia inscrita adicional sin grado de consanguinidad, a la fecha de esta inscripción, goza de buena salud, y no tienen diagnóstico de enfermedades terminales ni historia médica de CÁNCER o SIDA.
- Períodos de Carencia: (Aplica para nuevos Titulares y Beneficiarios.)
- Por muerte natural se cubrirá a partir de los treinta (30) días calendario de la suscripción del contrato.
- Por muerte accidental o violenta se cubrirá a partir de las cero (00) horas de la suscripción del contrato. "El suicidio es considerado muerte natural"
- Enfermedades graves: se cubrirán después de ciento veinte (120) días calendario de la suscripción del contrato. Incluye Sida VIH, cáncer y hepatitis C.
- Se entiende por enfermedades graves: insuficiencia renal crónica, infarto del miocardio, cirugía arteria coronaria, accidente cerebro vascular, trasplante de órganos y tejidos.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS DE NÓMINA

Autorizo al departamento de nómina de mi empresa para que, en caso de que esta solicitud sea aprobada y contabilizada a mi favor, efectúe los descuentos de nómina y en el evento de mi retiro por cualquier causa, desde ahora autorizo al mismo para deducir del valor de mis prestaciones sociales y de cualquier otro pago a mi favor, el saldo insoluto de las deudas. Declaro que conozco y acepto las condiciones reglamentarias que debo cumplir como Asociado deudor de FODEOCCI.

FIRMA DEL SOLICITANTE



Huella índice derecho

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FODEOCCI

Fecha del Estudio: _____	Acta N° _____	Aprobado <input type="radio"/> Negado <input type="radio"/>
Organismo que Aprueba: _____	Firma Autorizada: _____	

