



FORMATO SOLICITUD SERVICIO DE PREVISIÓN EXEQUIAL COORSERPARK

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año No. de Radicación: _____

Información del Asociado

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Tipo de documento: C.C. C.E. PAS N° de Identificación: _____ Lugar de expedición: _____
Dirección de la residencia: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____
Correo electrónico: _____

Plan Funerario

Plan Gerencial: Plan Presidencial: Nuevo afiliado: Subgrupo: Actual: _____
Plan Abuelos: Plan Altamar: Adicional: Cambio de plan: Nuevo: _____
Plan Mascotas:

Relación de terceros

AD: Adicional - TS: Titular Subgrupo - PA: Plan Abuelos - PM: Plan Mascota

| Indique la opción a registrar (AD - TS - PA - PM) | Tipo de documento | N° de Identificación | Nombre completo |
|---|-------------------|----------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Beneficiarios previamente inscritos

AB: Abuelos - SU: Suegros - SO: Sobrino - NI: Nietos - NO: Novios

| Indique la opción a registrar (AB-SU-SO-NI-NO) | Tipo de documento | N° de Identificación | Nombre completo |
|--|-------------------|----------------------|-----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Nota: En caso que el espacio anterior sea insuficiente para relacionar sus beneficiarios, anexe la relación en un documento adicional.

Declaración extraproceso de afiliación

Declaro bajo la gravedad de juramento que las personas adicionales, son menores de sesenta y cinco años (65) y se encuentran en perfecto estado de salud y no presentan enfermedades terminales, ni preexistencias. Acepto el periodo de carencia de noventa (90) días hábiles. Entiendo que toda la documentación anexa a la presente declaración será sujeta a verificación para la correspondiente aceptación de la vinculación al plan exequial.

Forma de Pago

Autorizo a descontar de mi nómina (seleccione):

Débito Bancario: Consignación: Nómina: La suma de: \$ _____ a partir del mes de: _____ del año: _____

Firma: _____

C.C., C.E., ó PAS No.: _____

Vo. Bo Área Comercial

Vo. Bo Área de Seguros

El declarante (Asociado Titular)