

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO

Nombres y Apellidos (Completo)	Tipo de identificación: <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> Otro Cúal _____	Nº de identificación:
Dirección (Completa)	Ciudad / Departamento	Celular / Teléfono
Correo Electrónico de Contacto	Empresa	Sede Laboral

Relacione la(s) persona(s) beneficiaria(s) de este servicio

Nombres y Apellidos	Tipo de identificación	Nº de identificación	Parentesco
	<input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> Otro Cúal _____		
	<input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> Otro Cúal _____		
	<input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> Otro Cúal _____		

CERTIFICACIÓN DE PARENTESCO

Declaro que las personas relacionadas en esta solicitud tienen parentesco conmigo y cumplen con lo establecido en el reglamento y políticas del presente servicio.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

Solicito a ustedes se sirvan estudiar y autorizar la presente solicitud de ingreso al contrato de plan complementario de salud, que el FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE posee a la fecha. Autorizo para que una vez autorizada la inclusión, sean efectuados por nómina los descuentos correspondientes a este servicio, de acuerdo a los reglamentos y políticas vigentes de CONFE.

Así mismo autorizo negociar en cada anualidad la renovación con la compañía de servicios que la JUNTA DIRECTIVA y la gerencia de CONFE consideren más favorable para sus asociados. Este servicio estará vigente hasta mi retiro voluntario de CONFE o mi retiro de la compañía, lo que conlleva a mi desvinculación como asociado del FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE, según art. 16 y 18 del estatuto vigente o por solicitud voluntaria de cancelación del presente servicio manifestado por mí de forma escrita.

En constancia se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

 <p>FIRMA DEL ASOCIADO</p> <p>C.C. _____</p>	USO EXCLUSIVO CONFE	Firma y sello de recibido	Fecha de inicio

USO EXCLUSIVO ASESOR COMERCIAL

VALOR MENSUAL DEL SERVICIO

\$

OBSERVACIONES

- Una vez recibida esta solicitud, será contactado con el ejecutivo de cuenta para una atención personalizada.
- Radicar esta solicitud no indica ingresar al servicio.

