

**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 colectivo de servicio de atención medica domiciliaria, 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 \_\_\_\_\_.

FIRMA DEL ASOCIADO

C.C. \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO CONFE**

Firma y sello de recibido

Fecha de inicio

**USO EXCLUSIVO ASESOR COMERCIAL**

**VALOR MENSUAL DEL SERVICIO**

\$

**OBSERVACIONES**

1. Adjuntar los dos últimos desprendibles de pago.
2. Una vez recibida esta solicitud, sera contactado con el ejecutivo de cuenta para una atención personalizada.
3. Radicar esta solicitud no indica ingresar al servicio.

