

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 medicina prepagada, 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, será contactado con el ejecutivo de cuenta para una atención personalizada.
3. Radicar esta solicitud no indica ingresar al servicio.

