



Renovacion Póliza Auxilio de Defunción

Cali, Diciembre de 2011

Teniendo en cuenta que el próximo 01 de Enero de 2012 se renovará automáticamente la POLIZA DE AUXILIO DE DEFUNCION para los Asociados a Fondoccidente, les informamos que para la nueva vigencia continuamos con DeLima Marsh como nuestro Asesor de Seguros y el respaldo de Chubb de Colombia y Alfa como las Compañías de Seguros.

COBERTURAS

Este servicio tiene como objetivo la financiación de los gastos funerarios en caso de fallecimiento del asociado y/o familiares afiliados previamente a esta póliza. Cuando fallece un afiliado, el asociado tiene derecho al pago del auxilio según el plan escogido, presentando el registro civil de defunción y fotocopia de la cédula de ciudadanía.

EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

Pueden ingresar hasta los 70 años de edad y permanecer hasta los 86 años.

QUIENES SE PUEDEN ASEGURAR?

Se pueden asegurar, Empleado, Cónyuge, Padres, Hijos y Hermanos. Los padres que ingresen por primera vez solo podrán asegurarse en el plan 1 de 2 millones. Es importante aclarar que los padres que ya están en los planes 2, 3 y 4 podrán mantenerse en sus planes actuales. (Para asegurar su grupo familiar, debe asegurarse el asociado al Fondo).

QUIERO AFILIARME A LA POLIZA

Si quiere asegurarse, debe diligenciar la información al respaldo y enviarla a Fondoccidente para su respectivo trámite.

INQUIETUDES

Si tiene alguna inquietud, puede comunicarse a la Oficina de Fondoccidente Cali con Patricia Elena Pérez T. (Coordinadora de Servicios Mutuarios) o con Diana Corral Ramos (Asistente operativa de DeLima Marsh S.A.) Tel: (2)653 50 39, Fax 660 19 99.

Cordial Saludo,

LUIS EDUARDO GUARIN SEPULVEDA
Gerente



DELIMA MARSH



RENOVACION SEGURO DE DEFUNCION 2012

INCLUSION MODIFICACION

DETALLAR MODIFICACION _____

Póliza No. 43052572

Tomador: Fondoccidente

PLANES Y PRIMA ANUALES

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
VALOR ASEGURADO	2.000.000	3.000.000	4.000.000	5.000.000	7.000.000
ASOCIADO	8.132	12.198	16.264	20.330	28.462
ASOCIADO Y CONYUGE	13.910	20.865	27.820	34.775	48.685
ASOCIADO + CONYUGE + HIJOS	20.330	30.495	40.660	50.825	71.155
ASOCIADO + HIJOS	11.342	17.013	22.684	28.355	39.697
1 PROGENITOR	19.153	28.730	38.306	47.883	67.036
2 PROGENITORES	35.417	53.126	70.834	88.543	123.960
1 HERMANO	4.601	6.902	9.202	11.503	16.104

Por favor señale con una X en la celda correspondiente a la opción y plan escogido. Este valor será descontado en 5 meses

DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO

Nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Codigo
Fecha de Nacimiento		Documento de identificación		Estado Civil		Ciudad
ANO	MES	DIA	C.C.	C.E.		
			No.	De		
Dirección				Teléfonos		

GRUPO ASEGURADO

Nombre Completo y Apellidos	Documento de identificación	Fecha de Nacimiento	Parentesco

AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA

AUTORIZO AL DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES DE LA EMPRESA EN LA CUAL LABORO, PARA QUE HAGAN LOS DESCUENTOS POR NÓMINA, SEGÚN LO ESTABLECIDO Y EN CASO DE RETIRO AUTORIZO SE DESCUENTE DE MIS PRESTACIONES SOCIALES Y DE OTROS PAGOS A MI FAVOR EL SALDO INSOLUTO.

Firma Asociado _____

Cédula _____

Código _____

Lugar y fecha de diligenciamiento _____