

SOLICITUD MEDICINA PREPAGADAS

Marque con una X la Medicina solicitada

COOMEVA		COLMÉDICAS/MEDISÁNTAS		COLMÉDICA	
Plan Complementario SURA		PLAN PREMIUM SÁNTAS		FAMISANAR	
SALUD SURA		PLAN ODONTOLÓGICO SÁNTAS		MED PLUS	

DATOS DEL ASOCIADO

Código	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)							
Empresa	Oficina	Cargo	Sueldo \$							
Cédula	Sexo	Fecha Nacimiento			Antecedentes Médicos					
		Mes	Día	Año	FUM	HIP	CAR	DIA	ALE	ASM
Dirección Residencia			Barrio	Teléfono		Ciudad				

Solicito mi afiliación a _____, adicionalmente a mis parientes, y cuyo grado de parentesco y edades doy fe que son ciertas.

BENEFICIARIOS

Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres(s)	Edad	Parentesco	Cobertura en Salud EPS o Medicina Prepagada.
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres(s)	Edad	Parentesco	Cobertura en Salud EPS o Medicina Prepagada.
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres(s)	Edad	Parentesco	Cobertura en Salud EPS o Medicina Prepagada.
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres(s)	Edad	Parentesco	Cobertura en Salud EPS o Medicina Prepagada.
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres(s)	Edad	Parentesco	Cobertura en Salud EPS o Medicina Prepagada.
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres(s)	Edad	Parentesco	Cobertura en Salud EPS o Medicina Prepagada.

Declaro que conozco y acepto las condiciones reglamentarias que debo cumplir como Asociado deudor de Fondoccidente. La pérdida de calidad como Asociado, por cualquier causa, ocasionará mi retiro del registro de Asociados y por ende la presente solicitud perderá su vigencia.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

Autorizo al Departamento de Personal de mi empresa para que, en caso de que este préstamo sea aprobado y contabilizado a mi favor, efectúe los descuentos de mí nomina y en el evento de mi retiro por cualquier causa, desde ahora autorizo al mismo para deducir del valor de mis prestaciones sociales y de cualquier otro pago a mi favor, el saldo insoluto de las deudas.

Firma _____

Cédula _____

de _____

