

<b>Fecha de inclusión del Asociado:</b>	
<b>Datos del Solicitante/Identificación del Asociado</b>	
<b>Nombre del Asociado:</b>	<b>Número de Identificación:</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Teléfonos:</b>
<b>Correo Electrónico:</b>	<b>Fax:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Número de tarjeta:</b>

<b>Plan elegido y Monto Mensual a Pagar</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TIPO DE PLAN</b>	<b>Plan GF3</b> (Asociado + 2 beneficiarios no progenitores )	<b>Plan GF5</b> (Asociado + 4 beneficiarios ( solo 1 progenitor)	<b>Plan GF7</b> (Asociado + 6 Beneficiarios, aplica 2 progenitores )
<b>MONTO MENSUAL</b>	<b>US\$4,08</b>	<b>US\$5,10</b>	<b>US\$6,63</b>

**Detalle para Familiares Asegurados:** Favor listar todos los Familiares Asegurados dentro de esta sección.

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Cédula de Identidad
	día	mes	año		

**Manifestaciones**

1. Manifiesto aceptar adherirme al beneficio de gastos funerarios ofrecido.
2. Manifiesto que previo a la adhesión al Beneficio de Gastos Funerarios he recibido información referente a la entidad aseguradora que brinda soporte al beneficio ofrecido, incluyendo los riesgos asociados, los beneficios, las obligaciones y los cargos, coberturas y exclusiones, período de vigencia, procedimiento para el pago del costo asociado y el proceso para hacer uso del beneficio, también se me informó sobre las causas de extinción del beneficio así como el derecho de desistimiento del contrato, penalidades, plazo y procedimiento.
3. Entiendo que tengo derecho a respuesta oportuna a toda solicitud de uso, petición o solicitud que presente, personalmente o por medio de representante legal, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales.
4. Manifiesto que la información brindada en este documento es veraz y exacta; entiendo y conozco que cualquier reticencia o inexactitud puede generar la nulidad del otorgamiento del beneficio.
5. Entiendo que posteriormente se me estará haciendo llegar documentación detallada del beneficio, cuyas condiciones acepto en este acto.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asociado**

**Detalle de servicios incluidos en el beneficio de Gastos Funerarios.**

- ✓ Por medio de este Beneficio, en caso de fallecimiento, por causa natural o accidental, del Asociado o Beneficiarios incluidos, se dará la prestación de Servicios Funerarios, los cuales incluirán i) *Asesoría y coordinación de trámites legales ante las autoridades competentes*, II) *Preparación del cuerpo: arreglo, maquillaje y vestimenta del cuerpo*, iii) *Suministro de ataúd estándar o urna cineraria (en caso de cremación)*, IV) *Suministro de 3 arreglos florales*, 4) *Sala de velación o servicio a domicilio por 24 horas*, V) *Coordinación de acto religioso (sin importar la religión o creencia)*, VI) *Traslados del cuerpo a nivel nacional*, VII) *Servicio de cafetería para 50 personas y suministro de libro de condolencia*, VIII) *Servicio de autobús para dolientes para 15 personas*, IX) *Servicio de inhumación (en modalidad de arriendo) y cremación*, X) *Servicio de Repatriación y Expatriación Internacional*.