

## SOLICITUD DE SERVICIO DE PLAN ODONTOLÓGICO

### DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO

Apellidos y Nombres Completos				Cédula			
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección (Completa)		Ciudad	Teléfono Fijo		Celular		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo Electrónico Personal				Empresa		Sede Laboral	
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	

### Relacione la(s) persona(s) beneficiaria(s) de este servicio

Apellidos y Nombres Completos	Numero de Identificación	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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 plan odontológico prepagado, 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**

#### Observaciones:

- Adjuntar los dos últimos desprendibles de pago.
- Una vez recibida esta solicitud, será contactado con el ejecutivo de cuenta para atención personalizada.

### PARA USO EXCLUSIVO DE CONFE

**Uso Exclusivo Asesor Comercial**

  
  

**Valor Mensual del Servicio \$**

**Firma y sello recibido**

**Fecha de inclusión**