



SOLICITUD DE AFILIACIÓN - PREVISIÓN EMPRESARIAL (PAM)

TRASLADO
 PLAN
 EMPRESA
 NUEVO
 ACTUALIZACIÓN DE DATOS
 RETIRO

Fecha de diligenciamiento: DD MM AAAA
 Inicio de Vigencia: DD MM AAAA

EMPRESA	NIT.	No. CONTRATO
---------	------	--------------

INFORMACIÓN DEL TITULAR					
Nombres y Apellidos	Tipo documento de Identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Número de identificación	Sexo F M	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Número telefónico
Dirección de correspondencia y barrio		Ciudad de Residencia		Correo electrónico	

Nombre del Plan	Monto del seguro	Servicio Internacional SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Servicios adicionales	Internacional <input type="checkbox"/> Mascota <input type="checkbox"/>	Adicionales <input type="checkbox"/>	Periodos de carencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-----------------	------------------	---	-----------------------	---	--------------------------------------	---

TITULAR GRUPO SECUNDARIO					
Nombres y Apellidos	Tipo documento de Identidad CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Número de identificación	Sexo F M	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Número telefónico
Ciudad de residencia		Parentesco con el titular		Nombre del Plan	
Servicio Internacional SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Periodos de Carencia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

BENEFICIARIOS												
No.	No. Documento	Nombres y apellidos	Parentesco	Ciudad de residencia	Fecha de nacimiento			Edad	Periodo de Carencia		Servicio Internacional	% Beneficiario Seguro
					DD	MM	AAAA		SI	NO		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

ADICIONALES														
No.	No. Documento	Nombres y apellidos	Parentesco	Código del plan	Ciudad de Residencia	Fecha de nacimiento			Edad	Periodo de Carencia		% Benef. Seguro	Serv. Internac	Características de la mascota (Raza y Color)
						DD	MM	AAAA		SI	NO			
1														
2														
3														
4														

Observaciones:

RECIBIDO	GRABADO	ASESOR COMERCIAL	CÓDIGO	Firma del Titular (Conozco y acepto los periodos de carencia y autorizo el manejo de datos personales de acuerdo con la ley 1581 de 2012)	Declaro que me encuentro en pleno uso de mis capacidades para contratar, además que conozco y acepto las condiciones del presente contrato que se encuentran incluidas en el PROTOCOLO RECIBIDO y en el CLAUSULADO al reverso de este documento, y constituyen la totalidad del acuerdo suscrito entre las partes. Así mismo, declaro que toda la información aquí contenida es verídica.
----------	---------	------------------	--------	---	---