

CIUDAD

FECHA

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Yo _____, identificado con cédula No. _____, solicito y autorizo al Fondo de Empleados **FONDEXXOM** para que en calidad de asociado activo mediante vínculo o relación con la empresa _____, se cargué y se descuenta a través de mis ingresos (entendidos como: salario, sueldo, pensión mesada, primas legales y/o extralegales, entre otros) el valor equivalente a la prima mensual del servicio o producto que a continuación prescrito, a partir de su activación o ingreso:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| • SEGURO DE CARRO | <input type="checkbox"/> | • SEGURO EXEQUIAL | <input type="checkbox"/> |
| • SEGURO DE MOTO | <input type="checkbox"/> | • SEGURO DE VIDA DEUDOR | <input type="checkbox"/> |
| • SEGURO DE BICICLETA | <input type="checkbox"/> | • PÓLIZA DE SALUD | <input type="checkbox"/> |
| • SEGURO DE HOGAR | <input type="checkbox"/> | • PÓLIZA DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA | <input type="checkbox"/> |
| • SEGURO DE CANCER | <input type="checkbox"/> | • OTROS _____ | <input type="checkbox"/> |
| • MEDICINA PREPAGADA | <input type="checkbox"/> | | |

Por favor contactar al celular: _____

Firma

DOCUMENTO CONTROLADO