



Fondo de Ahorro
Familiar

Ahorrando en familia, proyectamos
nuestras futuras aventuras juntas

FORMATO DE SOLICITUD SERVICIOS

NOMBRE: _____

TIPO IDENTIFICACION CC ____ TI ____ CE ____ NRO. DE IDENTIFICACION _____

EMPRESA: _____

Seleccione la opción deseada en cada uno de los siguientes cuadros:

| <i>Convenios</i> | <i>Planes</i> | <i>Frecuencias de Pago</i> |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicina Prepagada <input type="checkbox"/> Telefonía Móvil <input type="checkbox"/> SOAT-Seguro de vehículo | <input type="checkbox"/> Premium/Diamante <input type="checkbox"/> Medium/Oro <input type="checkbox"/> Basic/Plata | <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Hogar <input type="checkbox"/> Seguro Funerario | | |

Con el presente documento expreso mi autorización y compromiso de realizar los pagos correspondientes por el concepto aquí mencionado y bajo la frecuencia de pago establecida en el presente formato.

Se firma el presente formato a los ____ días del mes de _____ del 20__.

Firma de Autorización Afiliado