

Razón Social: Fondo de Empleados de Roldán Logística – FEROLDAN		NIT 800.089.237.3		Fecha:	
Nombre y Apellidos:			Documento de Identidad CC. No.		
Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____		Dirección Residencial:		Teléfono fijo	
Ciudad		Plan		Correo.	
Móvil					

**BENEFICIARIOS**

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento								Edad	Parentesco
		Día		Mes		Año					

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Declaro que lo consignado en esta solicitud es verdad, que mi estado de salud y el de los beneficiarios es normal y que no han diagnosticado Cáncer o Sida.

- Deben diligenciar esta solicitud los Asociados nuevos: Asegurado principal y 10 (diez) beneficiarios.
- Titular hasta 64 años asociado a FEROLDAN, Padres o Suegros (máximo 2 inscritos).
- Otros beneficiarios: Cónyuge o Compañero Permanente, Hijos, Hermanos, Nietos, Tíos, Sobrinos y Primos (hasta los 64 años).
- Aplican periodos de carencia para mayores de 60 años (46 – 181 – 366 días).
- Para novedades de renovación especificar si es retiro – ingreso - corrección de datos.
- Autorizo el manejo de mis datos personales para la cobertura exequial.



FIRMA DEL TITULAR

D.1