



SOLUCIONES FUNERARIAS
INTERNACIONALES
International Funeral Solutions

Naser Global
4055 NW 97th Ave
Suite 100
Doral, FL 33178
305 513 0024
www.naserglobal.com

Formulario de Inscripción

INFORMACION DEL CONTRATANTE

Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
Juan Alberto	Cardenas	1985-06-11
Dirección		Estado Civil
Cra 12 # 12 - 49		Casado(a)
Ciudad	Provincia o Estado	País de Residencia
Zipaquirá	Cundinamarca	Colombia
Teléfono	Celular	País de Origen
6018523258	3156554433	Colombia
		Correo Electrónico
		juanac@gmail.com

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Beneficiario #1

Nombre y Apellido	Parentesco		
Juan Alberto Cardenas	titular		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Edad	País de Residencia	País de Origen
1985-06-11	36	Colombia	Colombia

Beneficiario #2

Nombre y Apellido	Parentesco		
Gloria Patricia Alvares Rubio	esposa		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Edad	País de Residencia	País de Origen
1985-06-20	36	Colombia	Colombia

Beneficiario #3

Nombre y Apellido	Parentesco		
Juan Esteban Cardenas Rodriguez	abuelo		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Edad	País de Residencia	País de Origen
1985-06-20	36	Colombia	Colombia

Beneficiario #4

Nombre y Apellido	Parentesco		
Juan Carlos Cardenas Rubio	hijo		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Edad	País de Residencia	País de Origen
1985-06-20	36	Colombia	Colombia

Beneficiario #5

Nombre y Apellido	Parentesco		
Ana Milena Cardenas Rubio	hija		
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Edad	País de Residencia	País de Origen
1985-06-20	36	Colombia	Colombia



SOLUCIONES FUNERARIAS INTERNACIONALES

International Funeral Solutions

Naser Global
4055 NW 97th Ave
Suite 100
Doral, FL 33178
305 513 0024
www.naserglobal.com

Beneficiario #6

Nombre y Apellido

Parentesco

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Edad

País de Residencia

País de Origen

Beneficiario #7

Nombre y Apellido

Parentesco

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Edad

País de Residencia

País de Origen

Beneficiario #8

Nombre y Apellido

Parentesco

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

Edad

País de Residencia

País de Origen

CUESTIONARIO DE PREEXISTENCIAS

¿Usted, o alguno de sus beneficiarios han sido diagnosticados con alguna enfermedad que involucre muerte inminente?

SI NO

Si su respuesta fue SI, QUIEN? Juan Alberto Cardenas

¿Usted o alguno de sus beneficiarios están actualmente hospitalizados o en un asilo? (casa de cuidado a personas mayores de edad)

SI NO

Si su respuesta fue SI, QUIEN?

¿Alguno de sus beneficiarios están actualmente privados de la libertad? (encarcelado)

SI NO

Si su respuesta fue SI, QUIEN?

¿Usted, o alguno de sus beneficiarios han sido diagnosticados con sida, cancer, o ha requerido de dialisis o un trasplante de organo en los pasados 3 años?

SI NO

Si su respuesta fue SI, QUIEN?

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y Apellido

Parentesco

Gloria Patricia Alvares Rubio

esposa

Dirección

Cra 12 # 12 - 49

Ciudad

Zipaquirá

Provincia o Estado

Cundinamarca

Código Postal (si aplica)

111086

País

Colombia

Teléfono

6018523258

Celular

3134556677

Correo Electrónico

gloriap@gmail.com

ELIJA SU PLAN DE PREVISIÓN

Nombre del plan

#plan#

Costo Anual

USD \$ #planValor#

Modalidad de pago

Anual #an# Semestral #sm# Trimestral #tm# Mensual #mm#

* La modalidad de pago semestral, trimestral y mensual no aplica a todos los planes.

** Un cargo administrativo aplicará al elegir la modalidad semestral, trimestral o mensual. (Si llega aplicar)

*** Por favor consultar con su asesor para confirmar dicho cargo.



SOLUCIONES FUNERARIAS INTERNACIONALES

International Funeral Solutions

Naser Global
4055 NW 97th Ave
Suite 100
Doral, FL 33178
305 513 0024
www.naserglobal.com

INFORMACIÓN DEL ASESOR

Nombre #campo1#	Número de ID - Naser #campo2#	Firma #campo3#	Fecha (mm/dd/aaaa) #campo4#
--------------------	----------------------------------	-------------------	--------------------------------

En caso que no tenga número de ID Naser por favor complete las próximas casillas:

Nombre y Apellido #campo5#	Teléfono #campo6#	Celular #campo7#	Correo Electrónico #campo8#
Nombre del "Master General Agent" (Si aplica) #campo9#	Firma #campo10#		

INFORMACIÓN DE PAGO

Por favor proporcione la siguiente información:

Nombre (como aparece en la tarjeta) #campo11#	Número de la Tarjeta #campo12#	Cantidad a pagar USD #campo13#
	Fecha de Expiración (mm/aaaa) #campo14#	CVV #campo15#
		Fecha a Debitar (mm/dd/aaaa) #campo16#

Información de la tarjeta (Donde recibe el estado de cuenta)

Por favor indique si la dirección es la misma que el contratante #cc#

Dirección #campo17#	Ciudad #campo18#	Provincia o Estado #campo19#	Código Postal (si aplica) #campo20#	País #campo21#
Teléfono #campo22#		Celular #campo23#	Correo Electrónico #campo24#	

Por medio de la presente, declaro y afirmo que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta en el mejor de mi entendimiento y acepto que es de mi responsabilidad el informar cualquier cambio inmediatamente. Entiendo que en el caso de que esta información sea falsa, incorrecta o engañosa pudiese causar la perdida de los beneficios tanto para mí y/o para los beneficiarios del plan.

Autorizo a Naser a debitar de mi tarjeta

(firma)

OBSERVACIONES