



**PLAN CORPORATIVO DE PREVISIÓN FUNERARIA
PLANILLA DE AFILIACIÓN
IPSOPOL**

DATOS DEL TITULAR					
APELLIDOS		NOMBRES		N° CÉDULA	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN					
TELF. HABITACIÓN	TELF. OFICINA	TELF. CELULAR	TELF. FAX	TELF. EMERGENCIA	
CARGO		PROFESIÓN		RELIGIÓN	
DEPARTAMENTO			E-MAIL		
DIRECCIÓN DE OFICINA					

GRUPO BÁSICO					
APELLIDOS	NOMBRES	N° CÉDULA	FEC. NACIM.	EDO. CIVIL	PARENTESCO
FECHA INSCRIPCIÓN	FAMILIAR	PLAN CLÁSICO CICPC	N° DE FAMILIARES	MONTO BASICO (1) Bs.	

FAMILIARES ADICIONALES						
APELLIDOS	NOMBRES	N° CÉDULA	FEC. NACIM.	EDO. CIVIL	PARENTESCO	MONTO
FECHA INSCRIPCIÓN	N° DE FAMILIARES	FRECUENCIA DE PAGO		MONTO ADICIONAL (2) Bs.		
MENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/>				MONTO TOTAL A PAGAR (1+2) Bs.		



Yo, _____ Titular de la C.I. No. _____ por medio del presente acto me inscribo en el Plan de Previsión con **Vallés Servicios de Previsión Funeraria C.A.**, Y acepto los términos y condiciones del Instructivo que conforma parte integrante de esta convención. Así mismo declaro:

1. - Son ciertos los datos de las personas que en este acto inscribo.
2. - Al momento de esta contratación las personas por mi inscritas se encuentran en buen estado de salud.
- 3.- Queda entendido que aquellas personas que no se inscriban dentro del periodo establecido (ver instructivo) deberán cumplir con lapsos de espera determinados para la vigencia de esta convención.
- 4.- Me obligo al pago de la cuota anual asignada mediante un pago mensual consecutivo y en los términos establecidos.
5. -La falta de Pago de la cuota mensual asignada, generará la Suspensión de la vigencia.
- 6.- La autorización para el descuento de la cuota mensual asignada es a titulo personal y se cancela con dinero de mi propio peculio, por lo cual IPSOPOL, no podrá efectuar pagos por este concepto a otra empresa distinta a “VALLÉS SERVICIOS DE PREVISIÓN FUNERARIA C.A.”
- 7.- Este Plan es renovable automáticamente y la solicitud de Retiro de este plan deberá ser mediante escrito y por ante las oficinas de La Compañía con sesenta (60) días de Anticipación.
8. - La solicitud de Retiro de este convenio deberá ser mediante escrito y por ante las oficinas de La Compañía con sesenta (60) días de Anticipación.
9. - Los recaudos solicitados por la compañía deberán entregarse, sin tachadura, ni enmendadura a nombre del titular contratante dentro del lapso establecido (Ver Instructivo)
10. – La inscripción de personas no pertenecientes al Cuadro Familiar Principal; están sujetas a revisión y aprobación por parte de la empresa y pago del monto adicional respectivo.
- 11.- El beneficio de asistencia medica de emergencia “Vallés Assistance” estará regido por las condiciones indicadas en el anexo al “Certificado de Afiliación”
12. – El Titular y los Beneficiarios se adhieren solidariamente a las condiciones establecidas en el Instructivo, el cual declaro recibir en este momento. Así como en las condiciones establecidas en el “Certificado de Afiliación” y sus anexos.

Firma del Titular Principal
C.I.

<i>Únicamente para ser utilizado por la compañía “ VALLES SERVICIOS DE PREVISION FUNERARIA, C.A.”</i>				
<i>FECHA DE VIGENCIA</i>			<i>DEPARTAMENTO DE AFILIACIONES CORPORATIVAS</i>	
<i>FECHA DE RECEPCION</i>	<i>DESDE</i>	<i>HASTA</i>	<i>PROCESADO POR</i>	<i>TOTAL AFILIADOS</i>

Esta Planilla Pertenece a Vallés Servicios de Previsión Funeraria C.A.

La información contenida en este documento, así como cualquiera de sus anexos o medios que la componen, es totalmente confidencial y propiedad de Vallés Servicios de Previsión Funeraria C.A., la misma no podrá ser revelada a terceros ni total, ni parcialmente sin autorización expresa.