



**PLAN DE PREVISIÓN FUNERARIA
PLANILLA DE AFILIACIÓN-PERSONAL DE
IPSOPOL - ACTIVOS Y CONTRATADOS**

Nuevo: _____

Actualización: *anula planilla anterior.*

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

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

FAMILIARES ADICIONALES / Parentesco: Hermanos, Hijos, Nietos, Sobrinos, Tíos y Abuelos:						
APELLIDOS	NOMBRES	N° CÉDULA	FEC. NACIM.	EDO. CIVIL	PARENTESCO	MONTO
FECHA INSCRIPCIÓN	N° DE FAMILIARES	FRECUENCIA DE PAGO		MONTO ADICIONAL (2) Bs. F.		
		QUINCENAL	<input type="checkbox"/>	MONTO TOTAL A PAGAR (1+2) Bs. F.		



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.- **Esta Planilla debe llenarse en todos sus reglones sin enmendadura ni tachadura.**
- 5.- Me obligo al pago de la cuota anual asignada mediante un pago quincenal consecutivo y en los términos establecidos.
6. -La falta de Pago de la cuota quincenal asignada, generará la Suspensión de la vigencia.
- 7.- La autorización para el descuento de la cuota quincenal asignada es a título 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."**
- 8.- Este Plan es renovable automáticamente previa ratificación de **IPSOPOL** de titularidad y la solicitud de Retiro de este plan deberá ser mediante escrito y por ante las oficinas de **IPSOPOL**, quien realizara la notificación La Compañía.
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 médica de emergencia "Vallés Assistance" estará regido por las condiciones indicadas en el anexo del Instructivo informativo entregado para la suscripción en el Plan.
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.

Unicamente para ser utilizado por la compañía " **VALLÉS SERVICIOS DE PREVISIÓN FUNERARIA, C.A.** "

FECHA DE RECEPCION	FECHA DE VIGENCIA		DEPARTAMENTO DE AFILIACIONES CORPORATIVAS	
	DESDE	HASTA	PROCESADO POR	TOTAL AFILIADOS

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.

Cod. IPSOPOL 01052011