SOLICITUD DE VINCULACIÓN PLAN EXEQUIAL ADICIONALES (Beneficiarios adicionales, titulares y asistencia mascotas) FR-GIR-037 - Versión 04 - Marzo/2022

bive
Fondo de Empleados de la Organización Brinks
NIT: 800.084.500-3

Ciudad _____ **Fecha de solicitud:** dd mm aa **Vigencia** **Desde** _____ **Hasta** _____

DATOS DEL ASOCIADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Tipo de documento CC ☐ CE ☐ PEP ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____		No. de documento	
Correo electrónico	Celular	Ciudad	Empresa

DATOS PLAN ADICIONAL

PLAN MASCOTAS *** Aplica carencia de 30 días

✱ Para la prestación del servicio a su mascota, debe presentar el carné de vacunas al día - cobertura desde los 2 meses hasta los 12 años

Nombre mascota 1	Raza	Edad	Color
Perro ☐ Gato ☐			

Nombre mascota 2	Raza	Edad	Color
Perro ☐ Gato ☐			

TITULAR TERCERO PLAN UNIFAMILIAR O INTEGRAL *** Aplica carencia de 30 días

Integral ☐ **Unifamiliar** ☐

Titular asegurado: Nombres y apellidos			Fecha de nacimiento dd mm aa
Tipo de documento CC ☐ CE ☐ PEP ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____	No. de documento	Ciudad de expedición	Fecha de expedición dd mm aa

BENEFICIARIOS ADICIONALES *** Aplica condiciones y restricciones según plan

Integral ☐ **Unifamiliar** ☐

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad	Tipo Doc.	No. documento
					dd mm aa			
					dd mm aa			
					dd mm aa			
					dd mm aa			
					dd mm aa			
					dd mm aa			

CONDICIONES GENERALES

Vigencia: El Plan Exequial suscrito entre Bive Fondo de empleados de la organización Brinks y Coopserfun - Los Olivos tiene vigencia anual con renovación el 01 de febrero de cada año y/o hasta que pierda su vinculo como asociado ; **Novedades:** los ingresos se reportarán mensualmente con corte al 23 de cada mes.

Confirmo que todos los datos aquí consignados son verdaderos para que no haya ningún contratiempo en la presentación de servicio y aceptando las condiciones generales del plan.

Voluntariamente me adhiero al plan _____ , de los Olivos; por medio del convenio a nombre de Bive Fondo de Empleados de La Organización Brinks; asi mismo autorizo a Bive a efectuar el correspondiente descuento correspondiente a este servicio la suma de $_____ en _____ cuotas

****** Si realizas el pago por alguno de nuestros medios de pago o convenios de recaudo, debes adjuntar a este formato el soporte correspondiente.***

Lo invitamos a conocer las tarifas, coberturas y demás condiciones de estos servicios en nuestra página web:
www.bive.com.co/ subsidios

_____
Firma del asociado

Tipo Doc. ____ **No. de documento** _____

Espacio exclusivo Bive

_____
Firma y sello del responsable de verificación de la información

D / M / A
Fecha