



COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES DE ZONA FRANCA DE LAS AMÉRICAS, INC., (COOPZOAMERICA, INC.)

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN
“PLANES ULTIMOS GASTOS”**

Distrito cooperativo:	
Fecha:	

Datos generales del titular

Nombres: _____

Apellidos: _____

Cédula: _____ Código: _____

Estado civil:

Casado Soltero Unión libre

Datos de dependientes

Nombre / Apellido	Parentesco	Cédula	Fecha de nacimiento

Plan Seleccionado: _____

Beneficiario: _____ **Cédula** _____ **Parentesco:** _____

Firma del socio

Firma del Coordinador

Solicitud :		Póliza No.	
Procesada por:		Aprobado por:	

Se excluyen del plan las condiciones médicas preexistentes (durante los dos primeros años) y el suicidio.
Si el asegurado fallece durante los dos primeros años, Coopzoamérica tiene la facultad de prorrogar el pago hasta investigar las informaciones reportadas en relación a la causa del fallecimiento.



COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES DE ZONA FRANCA DE LAS AMÉRICAS, INC., (COOPZOAMERICA, INC.)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

Documentos requeridos:

- Declaración de salud del afiliado principal.

Hijos menores de 18 años:

- Copia de acta de nacimiento legalizada.
 Declaración de salud.

Hijos mayores de 18 años:

- Copia de acta de nacimiento legalizada.
 Copia de cédula de identidad.
 Declaración de salud.

Cónyuge:

- Acta de matrimonio o declaración de unión libre.
 Copia de cédula de identidad.
 Declaración de salud.

Padres del afiliado principal:

- Copia de acta de nacimiento legalizada del socio.
 Copia de cédula de identidad.
 Declaración de salud.

Padres del cónyuge:

- Copia de acta de nacimiento legalizada del (la) cónyuge.
 Copia de cédula de identidad.
 Declaración de salud

Beneficiario

- Copia de cédula

Documentación validada por: _____

Fecha: _____