



FONDO DE EMPLEADOS DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS "FEDIAN"

FORMATO SOLICITUD VINCULACIÓN FONDO DE INCAPACIDAD

FECHA DE SOLICITUD		
Año	Mes	Día

Asociado (a) _____

Cedula _____

EL FONDO DE INCAPACIDAD DE FEDIAN es voluntario y el asociado aporta el 5% de su salario básico por año, con esto FEDIAN reconoce al asociado un 34% de su salario básico por día de incapacidad certificada por su EPS hasta 30 días al año.

CLÁUSULA: En ningún caso el Fondo de incapacidad cubrirá preexistencias, es decir si al momento de afiliarse al fondo de incapacidad, el asociado tiene una enfermedad conocida por él o diagnosticada que le pueda generar incapacidad, las incapacidades producto a esta enfermedad no serán cubiertas por el fondo de incapacidad.

DECLARACIÓN DE COBERTURA

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto la cobertura, por lo cual doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Está incapacitado actualmente SÍ NO

A la fecha tiene cirugías programadas SÍ NO

Autorizo a FEDIAN descontar el 5% de mi salario básico (1) una vez al año para servicio del FONDO DE INCAPACIDAD por débito automático.

Cordialmente

Firma Asociado _____
C.C

FEDIAN: UN FONDO QUE PROMUEVE EL AHORRO ES UN FONDO QUE PIENSA EN TU FAMILIA

Oficina Carrera 4 No.11-33 Piso 10 Oficina 1001 Edificio Ulpiano Lloreda

Teléfonos (602) 4898931 E-mail: gerencia@fediancali.com

www.fediancali.com