

PREVISION FUNERARIA INTERNACIONAL  
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Fecha:	03/06/2019
Afiliación:	2019-10579

DATOS DEL TITULAR

Nombre	Apellido	País de Origen	Fecha de Nacimiento
Shaira Amanda	Márquez	Puerto Rico	12/07/1981
Dirección			
1072 Vista Haven Circle			
Ciudad	Estado	Zip	País
Orlando	Florida	32825	U.S.A
Teléfono	Celular	Email	Estado Civil
N/A	407 624 9120	Sharimar9456@gmail.com	Divorciada

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

	Nombre y Apellido	Parentesco	Edad	Lugar de Residencia
1	Shaira Amanda Márquez	Titular	37	Orlando, FL
2	Elian Rene Sierra Márquez	Hijo	16	Orlando, FL
3	William Josué Sierra Márquez	Hijo	15	Orlando, FL
4	Josefa Rosario Soto	Abuela	94	Orlando, FL
5				
6				
7				
8				

CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre	Apellido	Parentesco	
Amanda	Román	Madre	
Dirección			
1072 Vista Haven Circle			
Ciudad	Estado	Zip	País
Orlando	FL	32825	U.S.A
Teléfono	Celular	Email	
N/A	787 554 8801	N/A	



#### INFORMACION DE PAGO

Nombre <small>(como aparece en la tarjeta)</small>	Tipo de Plan	Fecha de Cobro
Shaira Amanda Márquez	Infinity F-4	Todos los 06 de cada mes
Numero de Tarjeta	Vencimiento	CVV
xxxx-xxxx-xxxx 6970	11/2021	XXX
Modo de Pago	Mensual <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>	

#### INFORMACION DE TRANSACCION

Monto	Fecha de Transacción	Numero de Orden
\$48.00	3/6/2019	19030622524320039141
Resultado de Transacción	Identificación de Transacción	
ok	61600781356	

Asesor	Roy Najera	Email	info@hispanoayuda.com
--------	------------	-------	-----------------------

#### NOTAS:

Para la señora Josefa Rosario Soto el plan se hará efectivo a partir de 15 meses 6/6/2020

Revise toda la información adjunta y si hubiese algún error o información faltante, por favor comuníquese a la brevedad posible a nuestro departamento de Servicio al Cliente al (305) 697-0202

Gracias por su preferencia

Infinity Protections