|  |
| --- |
| **FORMATO DE AFILIACIÓN PARA ASOCIADOS**MARQUE CON UNA X EL SERVICIO QUE DESEA **AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_ RENOVACIÓN: \_\_\_\_ RETIRO: \_\_\_\_\_****FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  **🕿 FUNERARIA San Vicente: (4) 5755050- 3104256182** **DATOS DEL TITULAR (034)5751800** |
| **NOMBRE** | **TIPO DOC.** | **N. CEDULA** | **FECHA NACIMIENTO** | **TELÉFONO** | **CORREO** |
|  |  |  |  |  |  |
|   **DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**  |
| PARENTESCO CON EL TITULAR | **NOMBRE** | **TIPO DOC.** | **N. DOCUMENTO** | **FECHA NACIMIENTO.** **ESTE CAMPO ES INDISPENSABLE PARA LA AFILIACIÓN.**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**VALOR MENSUAL DE LA PÓLIZA: $ 2.500 VALOR ANUAL DE LA POLIZA: $ 30.000**

**Nota:**

**Apreciado Asociado:** Por favor diligencie las casillas correspondientes, con su firma y cédula. **Si usted es asociado por taquilla** recuerde que la forma de pago es anual y el cobro será de los ahorros.

Autorizo que este servicio sea deducido por:

**Nómina: ASOCIADO MENSUAL**: \_\_\_\_\_\_\_ A**horros POLIZA ANUAL**: ASOCIADO POR **TAQUILLA**: \_\_\_\_\_\_

****

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENTIDAD DONDE LABORA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CÉDULA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recuerde enviar este formato por correo. En el asunto del correo especificar el servicio que desea y el NOMBRE DEL TITULAR**.

**Correo electrónico: servicios@coomunion.com**