|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**