

PLAN ESPECIAL DORADO

1 DATOS DEL ASOCIADO

No de identificación		Lugar de Expedición:		Fecha de Expedición: MM DD AA	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)		Genero M F	
Lugar de Nacimiento:		Fecha De Nacimiento			Edad
Dirección de Residencia		Barrio	Estrato	Ciudad	Departamento
Teléfono Residencia	Teléfono Móvil		Teléfono Oficina	Correo Electrónico Personal	

2 BENEFICIARIOS DEL SERVICIO

Tipo y No de Identificación	Nombres y Apellidos Completos	Edad	Fecha de Nacimiento			Parentesco
			DIA	MES	AÑO	

4. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que conozco y he leído en su totalidad el manual de políticas, aviso de privacidad y el documento de autorización de tratamiento de datos personales, cuya autorización he otorgado y ratificado a **BADIVENCOOP LTDA.**

Declaro y conozco el cubrimiento de los servicios prestados en el plan exequias de Mapfre para mí y mi grupo que se encuentra anexo a este documento.

"Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento"

5. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma

Nombre:

C.C.

Celular

E-mail

Huella

