



BADIVENCOOP

Revisión 2

Fecha: Marzo 2019 / Abril 2026

FORMATO INCLUSIÓN POLIZA EXEQUIAL BENEFICIO

Código: FRT-AGS-52 / GSC-FT-FIPEB-01

PÁGINA 1 DE 1

PLAN ESPECIAL DORADO

1 DATOS DEL ASOCIADO

No de identificación		Lugar de Expedición:		Fecha de Expedición MM <input type="text"/> DD <input type="text"/> AA <input type="text"/>	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)			Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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 exequial 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 LEÍDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma _____

Nombre: _____

C.C. _____

Celular _____

E-mail _____