



Registro o Modificación de Beneficiarios para el Auxilio del producto Accidentes Personales

(Para el Auxilio de los hijos, por Muerte Accidental del Asociado y el Asociado ha tomado el producto Accidentes Personales)

| Fecha Solicitud | | Año | | Mes | | Día | | Apellido(s) y Nombre(s) del Asociado | | | | Documento Identidad | | | |
|----------------------|------|------------|-----------------|------------------|---------|------------------|-----|--------------------------------------|------|---|--|---------------------|--|--|--|
| Dirección Residencia | | | | | | | | Ciudad | | | | Teléfono | | | |
| Dirección Oficina | | | | | | | | Teléfono | | | | E-mail | | | |
| Identificación | | Parentesco | Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombres | Fecha nacimiento | | | Sexo | | | | | | |
| Número | Tipo | | | | | Año | Mes | Día | F | M | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo de Identificación: C.C.: Cédula de Ciudadanía C.E.: Cédula de Extranjería Parentesco: HO: Hijo(a)
 * Los Beneficiarios asignados para la reclamación del Auxilio Mensual del producto Accidentes Personales no aplican para ningún otro Auxilio.
Señor Asociado : El registro de sus dos (2) hijos para el Auxilio Adicional por Muerte e Incapacidad por Accidente lo puede realizar personalmente firmando el presente documento o a través de nuestros Call Center al momento de tomar el producto Accidentes Personales.
 En caso de que se requiera modificar los Beneficiarios debe hacerlo personalmente en las Oficinas de Solidaridad y Seguros y si no puede realizar la modificación personalmente debe enviar este documento con su firma debidamente autenticada.

Firma Asociado: _____ CC: _____


Huella

Funcionario Cooameva: _____ Firma y Sello

El producto de Accidentes Personales lo tomó el Asociado por Call Center Si No

Cooameva Vigilada por la Superintendencia de la Economía Solidaria NIT: 890.300.625-1

Cooameva