



ASOASS

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Nombres y Apellidos: _____

Cédula de ciudadanía: _____ De: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Estado civil: _____

Nombre de Cónyuge o compañero (a) permanente:

Dirección de Residencia: _____ Barrio _____

Ciudad: _____ Celular _____ E-mail _____

Sucursal _____

Fecha de Vinculación: _____

Beneficiarios: En caso de mi fallecimiento o invalidez, el valor del Seguro Mutuo será entregado a las siguientes personas:

BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PORCENTAJE %

Firma y Código

Fecha