

Nombre/ Razón Social COOMINOBRAS	Fecha _____	NIT ____Tomador 860013472-1
---	-------------	-----------------------------

DATOS ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre y Apellidos		Documento de Identidad CC. No.		
Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____	Dirección Residencia	Teléfono	Ciudad	
Plan _____	Correo	Móvil		

BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco
		Día	Mes	Año		

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaro que lo consignado en esta solicitud es verdad, que mi estado de salud y el de los beneficiarios es normal y que no han diagnosticado Cáncer ó Sida.
- > Deben diligenciar esta solicitud Los Asociados Nuevos _Asegurado principal y 7(siete) beneficiarios.
 - > Titular hasta 64 años asociado a Coominobras, Padres o Suegros (máximo 2 inscritos) hasta los 79 años.
 - > Otros beneficiarios: Cónyuge o Compañero Permanente, Hijos, Hermanos, Nietos, Tíos, Sobrinos y Primos (hasta los 64 años).
 - > Aplican periodos de carencia para afiliados nuevos (46 – 181 – 366 días).
 - > Para novedades de renovación especificar si es retiro – ingreso - corrección de datos.
 - > Autorizo el manejo de mis datos personales para la cobertura exequiral.

Vo. Bo. Autorizado



Firma del Solicitante CC. No.

D.1