Asociacion Seguro Mutuo **NIT. 900.337.131-9**

Ciudad y fecha: _____

Señores
ASOCIACIÓN SEGURO MUTUO – ASEM
Armenia

Por el presente documento ratifico mi afiliación a la Asociación Seguro Mutuo del Quindío – ASEM – y actualizo mis datos personales y de beneficiarios, los cuales son mi voluntad.

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y apellidos completos: _____

Documento de identificación: C.C. ___ C.E. ____ No. _____

de _____

Situación laboral actual: Docente ( ) Administrativo ( ) Pensionado retirado del servicio ( ).

Institución Educativa o lugar de trabajo: _____

Sede: _____

Municipio: _____

Otro: _____ Tiempo de servicio _____

Tipo de nombramiento: Administrativo _____

Docente: Decreto 2277/79 _____ Decreto 1278/02 _____

Dirección residencia actual: _____

Teléfono No. _____ Correo electrónico _____

Municipio _____

Mis beneficiarios, con sus porcentajes de beneficio, para el auxilio del seguro mutuo en caso de mi muerte será (n) los (as) siguientes personas:

_____ C.C. o T.I. # _____%_____

_____ C.C. o T.I. # _____%_____

_____ C.C. o T.I. # _____%_____

_____ C.C. o T.I. # _____%_____

_____ C.C. o T.I. # _____%_____

Atentamente,

_____