



**COOPASEGUROS SOLICITUD DE AFILIACIÓN**  
**DATOS PERSONALES:**

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CÉDULA: \_\_\_\_\_ SEXO: MASC. \_\_\_ FEM. \_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NUMERO DE AGENTE: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_  
NUMERO TELEFONO: \_\_\_\_\_ /FAX \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_  
APDO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

**\*\*Aportar copia cédula\*\***

**ESTUDIOS REALIZADOS:**

PRIMARIOS: \_\_\_\_\_ TITULO OBTENIDO: \_\_\_\_\_  
SECUNDARIOS: \_\_\_\_\_ TITULO OBTENIDO: \_\_\_\_\_  
UNIVERSITARIOS: \_\_\_\_\_ TITULO OBTENIDO: \_\_\_\_\_  
OTROS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONYUGE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_  
HIJOS: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_  
BENEFICIARIO (1): \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_  
BENEFICIARIO (2): \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**AUTORIZAN: EN SESIÓN \_\_\_\_\_ DEL DÍA \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_ POR CONSEJO ADMINISTRATIVO \_\_\_\_\_