



## Afiliación a la Funeraria

Nombre de la Cooperativa: COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SOYCOOP

Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_ Funeraria: \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Lugar de Expedición: \_\_\_\_\_ Fecha expedición: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección domicilio: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E mail: \_\_\_\_\_

Cedula	Nombres	Apellidos	Edad	Fecha nacimiento	parentesco	Fecha ingreso

Sr. PAGADOR: En mi calidad de empleado de su empresa lo autorizo a que descunte de mi nómina, a partir de la primera deducción y hasta la fecha de renovación colectiva de la empresa, el valor estipulado para los planes ofrecidos y así sucesivamente hasta que yo exprese por escrito mi voluntad de retirarme del plan ; este dinero debe ser abonado a \_\_\_\_\_ en caso de mi retiro del programa o de la empresa antes de completar el valor anual vigente, autorizo para que me deduzcan el saldo pendiente de mis prestaciones sociales. Declaro que conozco todas las condiciones del plan Exequial.

La empresa queda relevada de la prestación de los servicios funerarios contenidos en el contrato, en los casos de fuerza mayor y caso fortuito, causales eximente de responsabilidad.

### Mascota

Raza	Nombre	Edad	Sexo	Color

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular