

**COOPERATIVA NACIONAL DEL SECTOR
DE LAS COMUNICACIONES Y ENTIDADES
AFINES Y RELACIONADAS LTDA.**

Coopmincom



FECHA

DÍA

MES

AÑO

Yo _____
identificado con cédula de ciudadanía No. _____ declaro conocer el
hecho de que si en la solicitud de asegurabilidad de Seguros Mapfre no se ajuste a la verdad
ni la compañía de seguros ni Coopmincom responderán por los saldos de las obligaciones vigentes
en caso de fallecimiento.



Firma asociado

No. C.C. _____

Teléfono _____