



FORMULARIO ACTUALIZACION O INGRESO POLIZA EXEQUIAL MAFRE
FONDO DE EMPLEADOS DE LAS TELECOMUNICACIONES,
MEDIOS AUDIOVISUALES, LOGÍSTICA EMPRESARIAL, TICS Y REDES SOCIALES
“FONDO ACOTV REDES & TICS”

Código: PEM-2025 Versión: 1

Como asociado(a) del Fondo , actualmente cuento con la póliza exequial *pagada por el FONDO ACOTV REDES & TICS, para lo cual es indispensable tener sus datos como asegurado principal y de sus asegurados secundarios, para así garantizar la cobertura.* SI USTED DESEA REALIZAR ALGUNA MODIFICACIÓN EN SUS BENEFICIARIOS DEBE DILIGENCIAR TODO EL FORMATO, DE LO CONTRARIO QUEDARAN LOS QUE VENIAN ASEGURAOS EN LA ANTERIOR VIGENCIA.

FECHA:

DD

MM

AAAA

Asegurado principal	
Nombres completos	
Numero de documento	
Fecha de nacimiento	
Lugar de residencia	
Mi beneficiario seguro de vida	

Asegurados Secundarios que quedan para la vigencia 2025 a 2026 MAXIMO 7								INDIQUE
Asegurados que deben quedan en la póliza exequial	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Numero de documento	Fecha de nacimiento	Lugar de residencia	Parentesco	NUEVO / INCLUSION / CONTINUIDAD
Asegurado 1								
Asegurado 2								
Asegurado 3								
Asegurado 4								
Asegurado 5								
Asegurado 6								
Asegurado 7								

Excluir los Asegurados Secundarios que se relacionan a continuación para la vigencia 2025 a 2026								INDIQUE
Asegurados que deben EXCLUIR	Nombres	Apellidos	Tipo de documento	Numero de documento	Fecha de nacimiento	Lugar de residencia	Parentesco	NUEVO INCLUSION / CONTINUIDAD
EXCLUIR								
EXCLUIR								
EXCLUIR								

	FORMULARIO ACTUALIZACION O INGRESO POLIZA EXEQUIAL MAFRE FONDO DE EMPLEADOS DE LAS TELECOMUNICACIONES, MEDIOS AUDIOVISUALES, LOGÍSTICA EMPRESARIAL, TICS Y REDES SOCIALES “FONDO ACOTV REDES & TICS”	Código: PEM-2025 Versión: 1
---	---	-----------------------------

INCLUIR MASCOTAS

NOMBRE MACOTA:	RAZA:	PERRRO GATO	EDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO:	CARNET DE VACUNAS AL DÍA: SI NO
----------------	-------	--------------------	-------------	----------------------	---

Firma asegurado Principal: _____

Cedula NO. de

Huella

Nota: Si falta algún campo por diligenciar de alguno de los 7 asegurados NO tendrá cobertura de la póliza