****

**BOLETA DE INFORMACIÓN CONVENIO ASEINDER – VALLE DE PAZ SERVICIOS FUNERARIOS S.A.**

**El asociado puede incluir a sus familiares directos (asociado, padre, madre, cónyuge e hijos).**

**Si el asociado desea cubrir beneficiarios como familia directa diferentes a los anteriormente descritos los podrá cambiar acogiéndose a las condiciones por excepción los cuales son:**

1. **Máximo 7 personas (asociado y 6 beneficiarios)**
2. **Podrán ser con o sin grado de consanguinidad (simplemente amigos).**
3. **No deben ser mayores de 65 años (excepto los padres del asociado que no tendrían límite de edad)**

**Nombre del Asociado :**

**# Cédula:**

**Beneficiarios:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **# CEDULA** | **EDAD****(años)** | **PARENTESCO** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |

 **X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL ASOCIADO**

**El documento físico original, debe firmarse y remitirse a las oficinas de Aseinder.**