

Seccional: Antioquia      Unidad Municipal: \_\_\_\_\_      Grupo de Apoyo: \_\_\_\_\_

**Clasificación:**

Dama Gris       Infantil       Juvenil       Socorrista   
 Directivo       Prejuvenil       Voluntario de Apoyo

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO	
TI: <input type="checkbox"/> CC: <input type="checkbox"/> CE: <input type="checkbox"/> N°.	EXPEDIDA EN:

**BENEFICIARIOS**

NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%

FECHA \_\_\_\_\_ EL ASEGURADO \_\_\_\_\_

EL ACUDIENTE \_\_\_\_\_

**El formato debe ser diligenciado en su totalidad sin enmendaduras o tachones y la suma de los porcentajes debe ser el 100%. Para menores de edad debe estar firmado también por el acudiente.**

**LA FIRMA NO PUEDE SER DIGITAL**