|  |
| --- |
| FICHA DE DATOS BENEFICIARIO PAGO DEL SEGURO  |
| Nombres y Apellidos o Razón Social: |   |
| Número de identificación: |   |
| Número celular |   |
| Correo electrónico: |   |
| Dirección: |   |
| Entidad Financiera a transferir: |   |
| Número de cuenta: |   |
| Tipo de cuenta: |   |