|  |  |
| --- | --- |
| 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: |  |