

Solicitud Plan Exequial Mascotas

presente
Fondo de Empleados

DD MM AAAA

Fecha diligenciamiento

Tipo de solicitud

Ingreso ☐ Modificación ☐

Información general del asociado

Nombre(s) y apellidos completos	Tipo de doc. de identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. identificación	Lugar de expedición
Empresa donde labora	Dependencia / Sede	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Teléfono
Teléfono / Celular	Correo electrónico		
Dirección	Ciudad	Forma de pago Descuento de Nómina <input type="checkbox"/> Disponible <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/>	

Información general del propietario

Nombre(s) y apellidos completos	Tipo de doc. de identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. identificación	Parentesco con el asociado
---------------------------------	---	--------------------	----------------------------

Información general de la mascota

Tipo de mascota Perro <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/>	Nombre		Raza	
Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Mascota guarda de seguridad Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Color	Fecha de nacimiento DD MM AAAA
¿Tu mascota tiene alguna preexistencia (enfermedad), problema de nacimiento o algún tratamiento en curso? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____				
¿Tu mascota tiene sus vacunas al día? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Plan con devolución de cenizas <input type="checkbox"/> sin devolución de cenizas <input type="checkbox"/>		

Ten en cuenta

Edad máxima de afiliación 9 años. Se podrán afiliar al Plan Exequial Mascotas los perros y/o gatos. Al momento del ingreso la mascota debe tener buen estado de salud. Los periodos de carencia son para muerte natural después de 90 días de afiliación y para muerte accidental o violenta 24 horas después de la afiliación.

Autorización para uso de la información

Declaro que Fondo de Empleados Presente, como responsable del tratamiento de mis datos personales, me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, consistentes en conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada y/o revocar la misma cuando ello sea procedente. De esta manera, manifiesto que conozco y he leído la política de tratamiento de datos personales, la cual puedo consultar en el sitio web de la entidad www.presente.com.co.

Declaro que he sido informado sobre los canales de atención para consultas y reclamos relacionados con el tratamiento de mis datos personales, a través de los cuales puedo ejercer mis derechos como titular de la información. Estos canales son: el correo electrónico pdpresente@presente.com.co y el correo ordinario dirigido a la dirección Carrera 48 No. 32B Sur - 139.

Soy consciente de que responder preguntas relacionadas con datos sensibles y/o datos de menores de edad tiene carácter facultativo, y he sido informado de tal situación. Esta autorización se otorga en el marco de lo dispuesto por la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la sustituyan, modifiquen, complementen, deroguen o reglamenten.

Como titular de la información, autorizo de manera previa, libre, expresa e informada a Fondo de Empleados Presente y sus filiales: Presente Agencia de Seguros Ltda., Presente Financiero S.A.S. y PST Inversiones S.A.S., para el tratamiento de mis datos personales, con las siguientes finalidades: A) Gestionar la inscripción y afiliación a los productos exequiales ofrecidos para mascotas. B) Incluir en la base de datos a los propietarios designados para efectos de cobertura. C) Ejecutar actividades relacionadas con la administración, validación, actualización y consulta de la información requerida para la prestación de los servicios ofrecidos. D) Transmitir mis datos personales al proveedor funerario encargado de prestar los servicios exequiales, en caso de activación de la cobertura. E) Contactarme para el ofrecimiento, actualización, evaluación y renovación de productos mutuales. G) Dar cumplimiento a obligaciones contractuales, legales y regulatorias relacionadas con la prestación del servicio mutual.

Esta autorización se otorga de forma voluntaria y podrá ser revocada en cualquier momento, sin efectos retroactivos, conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

Acepto que la no veracidad de la información consignada en la declaración, el no diligenciamiento u omisión de información, generará la nulidad de la Asistencia y la no prestación de los servicios

Firma _____

Nombre asociado _____

Documento de identidad _____

Acepto términos y condiciones del producto