

Solicitud Seguro de Mascotas



Tipo de solicitud
Ingreso Modificación

DD MM AAAA
Fecha diligenciamiento

Datos generales 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
Dependencia	Teléfono	Celular	Correo electrónico	
Dirección		Ciudad		

Datos generales 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 tu 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"/> ¿Cuál(es)? _____				
¿Tu mascota tiene el carné y la vacunación vigente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Plan Básico <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Premium <input type="checkbox"/>	Valor anual seguro \$ _____	
Vigencia de la póliza	Inicio vigencia DD MM AAAA	Fecha de vencimiento DD MM AAAA		

Ten en cuenta

Edad mínima de afiliación: 4 meses. Edad máxima de afiliación: 9 años

Períodos de carencia: · Reembolso de gastos médicos, responsabilidad civil y auxilio funerario: 60 días.

· Cobertura por gastos médicos: por enfermedad: 60 días, por accidente: 15 días.

Autorización para uso de información

Declaro que el Fondo de Empleados Almacenes Éxito PRESENTE y su filial Agencia de Seguros LTDA como responsable del tratamiento de mis datos personales, me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales me fueron informados a través del sitio web de la entidad www.presente.com.co en la parte correspondiente a "Descargables" la "Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales". Soy consciente de los derechos que me asisten para la protección, modificación o supresión de mis datos personales y a través del correo electrónico pdpresente@presente.com.co puedo ejercer los derechos para conocer, actualizar, aclarar, rectificar la autorización y/o presentar reclamos. Lo anterior en el marco de la Ley 1581 de 2012 y demás normas que las sustituyan, modifiquen, complementen, deroguen o reglamenten. Como titular de la información, autorizo al Fondo de Empleados Almacenes Éxito PRESENTE y su filial Agencia de Seguros LTDA para actualizar la información personal en el sistema administrativo de información, validar, compartir información con aliados estratégicos y verificar mi identidad para el ofrecimiento y administración de productos y servicios, me contacte a través de llamada telefónica, WhatsApp corporativo, mensaje de texto o correo electrónico para mantenerme informado sobre las campañas comerciales actuales y futuras, promoción de nuevos productos y servicios y demás comunicaciones necesarias para mantenerme enterado de los productos y servicios y para realizar la gestión de cobro y recuperación de cartera, ya sea directamente o a través de un tercero contratado para la gestión, realizar encuestas de satisfacción concerniente a los servicios prestados por el Fondo de Empleados Almacenes Éxito PRESENTE y su filial Agencia de Seguros LTDA.

Nombre de quien realiza la venta

Firma _____
Nombre asociado _____
Documento de identidad _____

Acepto que la no veracidad de la información consignada en la declaración, el no diligenciamiento u omisión de información, generará la nulidad del seguro y la no prestación de los servicios. Acepto términos y condiciones del producto.

SEGUROS
BOLÍVAR

