

Inscripción al Programa Exequial y Vida Presente

presente
Fondo de Empleados

DD MM AAAA

Fecha diligenciamiento

Presente garantiza la tranquilidad de sus asociados y familias a través del Programa Exequial y Vida Presente

Información 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
Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Ciudad y país de nacimiento	Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Teléfono
Celular	Dirección de residencia	Barrio / Ciudad / Departamento		
Correo electrónico personal		Empresa donde labora	Dependencia / Sede	

Lee atentamente las instrucciones antes de empezar a diligenciar el formato

- Si eres asociado(a) soltero(a), tu grupo básico está compuesto por: padres sin límite de edad, hijos y hermanos hasta treinta (30) años de edad y bebés en gestación.
- Si eres asociado(a) casado(a), tu grupo básico está compuesto por: padres y cónyuge o compañero(a) permanente sin límite de edad, hijos hasta treinta (30) años de edad y bebés en gestación.
- Si no tienes grupo familiar básico podrás incluir tres únicos beneficiarios: uno menor de 70 años y dos menores de 65 años que se encuentren en buen estado de salud al momento de la afiliación. Estos beneficiarios pueden ser con o sin grado de consanguinidad o parentesco con el asociado.
- Si al momento de la afiliación como asociado tus padres han fallecido, puedes incluir a tus suegros (aplica únicamente para el Plan Exequial no aplica para Vida Presente), ten en cuenta que debes inscribir a los suegros al momento de la afiliación ya que estos no tienen cobertura automática.
- Los hijos y hermanos discapacitados ingresan sin límite de edad al grupo básico (previa inscripción).
- Los hijos de crianza o hijastros tienen cobertura si son menores de 30 años al momento del ingreso, y se deben registrar previamente.
- Los padres de crianza o padrastrós ingresan al grupo básico previa inscripción siempre y cuando el asociado no tenga padre biológico y no se le haya prestado beneficio alguno por estos. Los asociados y beneficiarios inscritos en estos servicios se acogerán a lo establecido en los reglamentos de los Fondos de Amparos Mutuales que se encuentran publicados en el sitio web de la entidad.
- Los asociados y beneficiarios inscritos en estos servicios se acogerán a lo establecido en los reglamentos de los Fondos de Amparos Mutuales que se encuentran publicados en el sitio web de la entidad.

Grupo Primario

Registra la información de los beneficiarios en estos campos, al momento de definir y relacionar tu grupo básico ten en cuenta la información anterior.

Nombre(s) y apellidos completos de los beneficiarios	Documento de identidad	Parentesco	Fecha de nacimiento		
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA

Grupo Secundario

El titular de tu grupo secundario, puede ser tu hijo(a), hermano(a), cuñado(a), tío(a) o primo(a) con estado civil casado(a) o en unión libre, ingresando su grupo familiar (aplican los mismos criterios de conformación del grupo básico de un asociado casado).

Estado de salud

Declaro bajo la gravedad del juramento que tanto los titulares como los beneficiarios de los grupos secundarios, al igual que los beneficiarios adicionales, objeto de la presente inscripción, se encuentran en buen estado de salud física y mental, y no presentan enfermedades crónicas, terminales o preexistencias. Por lo anterior, si se llegare a demostrar que la información anterior no es verídica, Presente no estará obligado a la prestación del servicio, y en su efecto, si el servicio fue prestado sin conocimiento de lo anterior, podrá Presente repetir en contra del titular y/o sus beneficiarios para cobrar el valor por el pagado.

Periodos de carencia para adicionales y grupos secundarios

Tiene cobertura por muerte natural después de 180 días de la afiliación. Por muerte violenta y accidental tiene cobertura inmediata.

Nombre(s) y apellidos completos del titular del grupo secundario	Documento de identidad	Parentesco con el asociado	Fecha de nacimiento		
			DD	MM	AAAA
Nombre(s) y apellidos completos de los beneficiarios en el grupo familiar del titular del grupo secundario	Documento de identidad	Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento		
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
Nombre(s) y apellidos completos del titular del grupo secundario	Documento de identidad	Parentesco con el asociado	Fecha de nacimiento		
			DD	MM	AAAA
Nombre(s) y apellidos completos de los beneficiarios en el grupo familiar del titular del grupo secundario	Documento de identidad	Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento		
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
Beneficiarios adicionales					
Cualquier persona con o sin grado de consanguinidad con el asociado, menor de 65 años y que se encuentre en buen estado de salud al momento del ingreso.					
Estado de salud					
Declaro bajo la gravedad del juramento que tanto los titulares como los beneficiarios de los grupos secundarios, al igual que los beneficiarios adicionales, objeto de la presente inscripción, se encuentran en buen estado de salud física y mental, y no presentan enfermedades crónicas, terminales o preexistencias. Por lo anterior, si se llegare a demostrar que la información anterior no es verídica, Presente no estará obligado a la prestación del servicio, y en su efecto, si el servicio fue prestado sin conocimiento de lo anterior, podrá Presente repetir en contra del titular y/o sus beneficiarios para cobrar el valor por el pagado.					
Periodos de carencia para adicionales y grupos secundarios					
Tiene cobertura por muerte natural después de 180 días de la afiliación. Por muerte violenta y accidental tiene cobertura inmediata.					
Nombre(s) y apellidos completos de los beneficiarios	Documento de identidad	Parentesco	Fecha de nacimiento		
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA
			DD	MM	AAAA

Plan Exequial Mascotas

Perro o gato menor de 9 años que se encuentre en buen estado de salud al momento del ingreso.

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"/>	

Periodos de carencia

Muerte natural después de 90 días de afiliación, muerte accidental o violenta 24 horas después de la afiliación.

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
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	----------------------------

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 mutuales Exequial y Vida Presente. B) Incluir en la base de datos a los beneficiarios designados para efectos de cobertura y atención en caso de fallecimiento. 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, así como para la gestión de auxilios económicos derivados del fallecimiento de familiares cubiertos. F) Contactar a los beneficiarios designados por el titular en caso de fallecimiento del tomador principal, con el fin de informar sobre la activación de la cobertura exequial o la entrega del auxilio económico correspondiente, y adelantar los trámites necesarios para la prestación del servicio o desembolso del beneficio. 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.

Firma _____

Nombre asociado _____

Documento de identidad _____