

# Inscripción al Programa Exequial y Vida PRESENTE

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"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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

- Tu grupo familiar básico estará amparado automáticamente en el Programa Exequial y Vida PRESENTE desde el momento de tu afiliación a PRESENTE.
- Si eres asociado SOLTERO, 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 CASADO, 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 anotación en el formato exequial).
- Los asociados y beneficiarios inscritos en estos programas, se acogerán a lo establecido en los reglamentos de los Fondos de Amparos Mutuales.

## Grupo Primario

Para tener derecho a la prestación del servicio exequial deberán registrarse los beneficiarios en estos campos:  
(al momento de definir y relacionar tu Grupo Primario ten en cuenta la información anterior)

Nombre(s) y apellidos completos de los beneficiarios	Documento de identidad	Parentesco	Fecha de nacimiento		
			día	mes	año

## 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.

## 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).

Nombre(s) y apellidos completos del titular del grupo secundario	Documento de identidad	Parentesco con el asociado	Fecha de nacimiento		
			día	mes	año

  

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		
			día	mes	año

# Inscripción al Programa Exequial y Vida PRESENTE

Nombre(s) y apellidos completos del titular del grupo secundario	Documento de identidad	Parentesco con el asociado	Fecha de nacimiento		
			día	mes	año
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		
			día	mes	año

### 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.

### 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 con el asociado	Fecha de nacimiento		
			día	mes	año

### 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"/> ¿Cuál(es)? _____					
¿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 PRESENTE, como responsable del tratamiento de mis datos personales, me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, solicitar prueba y/o revocar la autorización otorgada. De esta manera, declaro que conozco y he leído la política de tratamiento de datos, la cual puedo consultar a través del sitio web de la entidad [www.presente.com.co](http://www.presente.com.co).

Declaro que he sido informado y conozco sobre de los canales de atención para consultas y reclamos, a través de los cuales puedo ejercer los derechos que me asisten como titular de la información, siendo estos la cuenta de correo [pdpresente@presente.com.co](mailto:pdpresente@presente.com.co) o mediante correo ordinario remitido a la dirección: Carrera 48 No 32 B sur-139.

Soy consciente y me fue informado sobre el carácter facultativo de la respuesta relativa a preguntas que versen sobre datos sensibles y/o datos de menores de edad. 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, de manera previa, libre, expresa e informada, a PRESENTE Fondo de Empleados y sus filiales; PRESENTE Agencia de Seguros Ltda., Presente Financiero S.A.S y PST inversiones S.A.S., el tratamiento de mis datos personales, con los fines pertinentes a dar cobertura en los productos mutuales (Exequial y Vida PRESENTE) ofertados e inscribir a los que aquí designe como beneficiarios en la base de datos. Así mismo, autorizo para que sea transmitida la información al proveedor funerario, para la cobertura en la prestación de servicios exequiales, en caso de que ocurra la utilización de los servicios.

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre asociado \_\_\_\_\_  
Documento de identidad \_\_\_\_\_