

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR FORMATOS PARA AFILIACIÓN A FONMEALS

Para la afiliación al Fondo de Empleados debe diligenciar tres formatos: Solicitud de afiliación, solicitud individual para seguro, solicitud plan exequial Los Olivos y anexar una fotocopia de la cédula.

Diligencie todos los espacios con letra legible en el formato "SOLICITUD DE AFILIACIÓN".

Diligencie todos los espacios con letra legible excepto el campo "VALOR ASEGURADO" en el formato "SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO" desde el título:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Diligencie todos los espacios con letra legible en el formato "SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO" desde el título:

DATOS DEL AFIADO PRINCIPAL

Y los datos del núcleo familiar que va a afiliar, su firma y cédula en el campo asignano.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FECHA SOLICITUD

CIUDAD

CÓDIGO MEALS

DIA MES AÑO

AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL

TIPO DOCUMENTO CC. CE. N° LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN DIA MES AÑO LUGAR Y FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO

APELLIDOS NOMBRES CIUDAD RESIDENCIA DPTO.

DIRECCIÓN DOMICILIO BARRIO RESIDENCIA NÚMERO CELULAR NACIONALIDAD

CORREO ELECTRÓNICO ESTADO CIVIL SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE SEPARADO DIVORCIADO VIUDO GÉNERO MASCULINO FEMENINO OTRO

¿ES USTED MUJER CABEZA DE FAMILIA? SI NO ESTRATO 1 2 3 4 5 6 NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA BACHILLERATO TÉCNICO TECNÓLOGO UNIVERSITARIO ESPECIALIZACIÓN OTRO ¿CUÁL?

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE PARENTESCO NÚMERO CELULAR CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE EMPRESA DIRECCIÓN LABORAL TELÉFONO LABORAL CIUDAD LABORAL

FECHA DE INGRESO A MEALS DIA MES AÑO TIPO CONTRATO FIJO INDEFINIDO DEPENDENCIA/ÁREA CARGO/OCUPACIÓN

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:

¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? SI NO ¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI NO

¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destaca en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016? SI NO

¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI NO

CUOTA OBLIGATORIA

(El ahorro mínimo es del 3% y máximo del 10% del salario mensual de acuerdo a los monto mínimos y máximos establecidos en los estatutos del Fondo). Deseo que mi ahorro sea del _____ % mensual.

BENEFICIARIO DERECHOS PECUNIARIOS EN EL EVENTO DE FALLECIMIENTO

En calidad de Asociado de FONMEALS manifiesto que en el evento de fallecimiento y siempre que el valor total de mis derechos pecuniarios no superen el monto autorizado por autoridad competente, una vez realizada las compensaciones legales y estatutarias, el saldo sea entregado a los siguientes beneficiarios. En todo caso FONMEALS se reserva el derecho de hacer entrega o no sin mediar sentencia judicial, siempre que no exista litigio entre los interesados

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	PARENTESCO	% DESIGNADO
1		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			
2		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			
3		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			
4		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			
5		CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>			

INFORMACIÓN BANCARIA (NO SON PERMITIDAS CUENTAS DE NEQUI Y DAVIPLATA)

BANCO TIPO CUENTA AHORROS CORRIENTE NÚMERO CUENTA

INFORMACIÓN FINANCIERA

SALARIO MENSUAL \$

SALARIO VARIABLE \$

OTROS INGRESOS \$

CONCEPTO OTROS INGRESOS

DETALLE PRINCIPALES ACTIVOS

\$	
\$	
\$	
\$	
\$	
\$	

TOTAL ACTIVOS \$

DETALLE PRINCIPALES PASIVOS

\$	
\$	
\$	
\$	
\$	
\$	

TOTAL PASIVOS \$

INFORMACIÓN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI NO (Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencie la siguiente información de las operaciones y productos en moneda extranjera):

¿Cuál(es) de las siguientes operaciones realiza en moneda extranjera? Exportador Importador Pago de Servicios Envío/Recepción de Giros y Remesas Inversiones Préstamos Otro:

En caso de recepción o envío de giros internacionales declaro que los recursos provienen de las siguientes fuentes: y son desatinados para

DECLARACIÓN DE RENTA

¿Usted declara renta? SI NO

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

- Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
- No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
- Eximo a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
- Autorizo a FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO,, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
- Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en (FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO,) tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
- No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA Y FUNDACIÓN CREMHELADO para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

AUTORIZACIONES

- Autorizo al Fondo de Empleados de MEALS de Colombia FONMEALS a realizar los descuentos por nómina. Igualmente autorizo descontar (una sola vez) la suma de \$6.000 (SEIS MIL PESOS MCTE), como aporte voluntario por la afiliación que será destinado al Fondo de Bienestar Social.
- Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FONMEALS para que la verifique.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.
- Autorizo a FONMEALS para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.
- Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

FIRMA

HUELLA

PARA USO EXCLUSIVO FONMEALS

FECHA VERIFICACIÓN DIA MES AÑO HORA

NOMBRE EMPLEADO

CARGO EMPLEADO

FIRMA

OBSERVACIONES

¿Se consultó el empleado en la lista ONU? SI NO ¿Se consultó el empleado en la lista OFAC? SI NO LUGAR ENTREVISTA OFICINA MEET RESULTADO ACEPTADO RECHAZADO

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Como titular de la información, autorizo a **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA - FONMEALS** de manera previa, expresa e informada, para tratar mis datos personales y distribuirlos a terceros con el fin de obtener beneficios declarados en los reglamentos y estatutos del fondo y en general para el Tratamiento de mis datos con cualquier finalidad propia del objeto del **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA - FONMEALS**. Así mismo declaro que conozco la totalidad de los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales se establecen en la Ley 1581 de 2012:

1. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado;
2. Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el 10 de la ley 1581 de 2012;
3. Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que se le ha dado a sus datos personales;
4. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen;
5. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando Superintendencia de Industria Y Comercio haya determinado que el Tratamiento el Responsable o Encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución;
6. Acceder de forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Y doy mi consentimiento, como titular de mis datos personales, para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA - FONMEALS**, para que sean tratados con arreglo a los siguientes criterios:

- La finalidad del Tratamiento será la que se defina en cada caso concreto, respetando en todo momento con los principios básicos que marca la Ley.
- La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, con un escrito dirigido al **FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA- FONMEALS** a la dirección de correo electrónico fonmeals@gmail.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección Calle 98 No 70-90 de la ciudad de Bogotá D.C.
- La política de Tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder a través del correo electrónico fonmeals@gmail.com o de la página www.fonmeals.com.co.

FIRMA DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN

N° CÉDULA



DESCUENTO DIRECTO No. _____

NOTIFICACIÓN AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

FECHA: _____ HORA _____

CORREO _____

ENVIADO DESDE _____

Señores _____

Representante Legal _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO Y PAGO A TERCERO

Yo _____, mayor de edad, domiciliado en _____, identificado con la cédula de ciudadanía número _____ de _____, por medio de este oficio, informo que de conformidad con el marco legal vigente, me he comprometido de manera libre, previa, expresa e irrevocable a pagar a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE MEALS DE COLOMBIA "FONMEALS" a partir de _____, _____ () cuotas con periodicidad _____ (quincenal o mensual), cada una por valor de _____ pesos Moneda Corriente (\$) _____, para un valor total de _____ (\$ _____), (incluido capital e intereses); en consecuencia, **AUTORIZO** para que de los pagos a realizar a mi favor por salarios, prestaciones, bonificaciones, indemnizaciones, honorarios, licencias remuneradas, pensiones y/o por cualquier otro concepto de remuneración legal o extralegal derivado de la relación contractual existente, sea descontado el valor autorizado y consignado a la cuenta de ahorros 04290350129 o a la cuenta corriente 04290347805 de Bancolombia a nombre de "FONMEALS", Nit. 860.521.740-8, autorización otorgada bajo las siguientes consideraciones:

1. Que la autorización contenida en este documento se realiza al tenor del parágrafo 4º. Del artículo 2º. Del Decreto 1902 de 2019, "por medio del cual se establece un marco general para la libranza o descuento directo y se dictan otras disposiciones", "*Los fondos de empleados se rigen por el marco regulatorio específico del Decreto-ley 1481 de 1989*".
2. Que de conformidad con el artículo 55 del Decreto-Ley 1481 de 1989, "*Toda persona natural, empresa o entidad pública o privada estará obligada a deducir o retener, de cualquier cantidad que deba pagar a sus trabajadores y pensionados, las sumas que éstos adeuden al fondo de empleados, que consten en los estatutos, reglamentos, libranzas, pagarés o cualquier otro documento firmado por el asociado deudor, quien para el efecto deberá dar su consentimiento previo (...)*".
3. Del mismo modo, se establece que: "*(...) las sumas retenidas a favor de los fondos deberán ser entregadas a éstos en las mismas fechas en que se efectúen los pagos respectivos a los trabajadores o pensionados. (...)*".
4. Que el citado artículo determina la responsabilidad del retenedor en los siguientes términos: "*(...) Si por culpa del retenedor no lo hicieren, serán responsables ante los fondos de su omisión y quedarán solidariamente con el empleado deudores ante aquellos de las sumas dejadas de entregar, junto con los intereses de la obligación contraída por el deudor*".
5. Que en relación con los límites de la retención a favor de los Fondos de Empleados, el artículo 56 del Decreto Ley 1481 de 1989, los limitó así: "*Las obligaciones de retención a que se refiere el artículo inmediatamente anterior no tendrán límite frente a las cesantías, primas y demás bonificaciones especiales, ocasionales o permanentes, que se causen a favor del trabajador, todas las cuales podrán gravarse por el asociado a favor del fondo de empleados y como garantía de las obligaciones contraídas para con éste. La retención sobre salarios podrá efectuarse a condición de que con éste y los demás descuentos permitidos por la ley laboral, no se afecte el ingreso efectivo del trabajador y pueda recibir no menos del cincuenta por ciento (50%) del salario*".
6. Que, en ningún caso, el empleador o entidad pagadora podrá cobrar o descontar cuota de administración, comisión o suma alguna por realizar el descuento o el giro de los recursos, so pena de ser objeto de una sanción pecuniaria equivalente al doble del valor total descontado, el cual le será aplicado por la autoridad correspondiente.
7. Que la presente autorización será notificada a la entidad retenedora a la dirección de notificación judicial registrada en el certificado de Existencia y Representación Legal, en el evento que durante los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación, el Empleador o Entidad pagadora no manifiesta objeción alguna, se entenderá ACEPTADA.

En virtud de lo anterior, manifiesto previa y expresamente:

1. Que la autorización por mi otorgada, no tendrán límite frente a las cesantías, primas, indemnizaciones, bonificaciones, ocasionales o permanentes, o cualquier otro derecho pecuniario legal o extralegal, que se causen a mi favor, todos los cuales quedan gravados desde la suscripción de este documento a favor del "FONMEALS" y como garantía de las obligaciones contraídas para con éste. La retención sobre salarios podrá efectuarse a condición de que con éste y los demás descuentos permitidos por la ley laboral, no se afecte mi ingreso en calidad de trabajador y pueda recibir no menos del cincuenta por ciento (50%) del salario; para los demás tipos de relación contractual con el retenedor, se realizarán conforme al marco legal vigente.



2. Que los descuentos autorizados, se aplicaran de igual manera cuando se realicen pagos con ocasión del derecho de vacaciones, licencia remunerada y/o cualquier otro derecho pecuniario derivado de la relación contractual.
3. Que autorizo al Empleador o Entidad pagadora, para que, en caso de terminación del vínculo contractual, me sea deducido de mis salarios, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, vacaciones, auxilios, honorarios, mesada pensional y/o cualquier acreencia a la que tenga derecho, el saldo total o en su defecto saldo parcial de la(s) obligación(es) que llegare a tener a mi cargo con el "FONMEALS, ya sea en calidad de deudor, codeudor o tercero vinculado.
4. Que esta orden de descuento y pago, se extiende a nuevos contratantes, en caso de modificar el Empleador o entidad pagadora, antes del pago total de la obligación suscrita; para lo cual me comprometo en calidad de beneficiario a actualizar oportunamente la nueva entidad pagadora, mediante escrito radicado en el Fondo de Empleados; sin perjuicio de que la simple autorización de descuento suscrita, faculte al FONMEALS para solicitar a cualquier empleador o entidad pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de las obligaciones adquiridas con el Fondo de Empleados.
5. Que para efectos de dar cumplimiento al numeral anterior, autorizo al FONMEALS para solicitar información a empleadores, ex empleadores y/o entidades vinculadas al sistema de seguridad social Integral o cualquier otra base de datos, exclusivamente con el fin de establecer mi localización, empleadores o entidades pagadoras, tipo de contratación, asignación salarial o cualquier dato de remuneración económica.
6. Para efectos de determinar la prelación si se presentan varios descuentos simultáneamente, la fecha de radicación de esta autorización será la del empleador o entidad pagadora original.
7. Que en el evento que el valor autorizado de retención no se pueda realizar total o parcialmente, por cualquier razón o motivo, tal hecho no me exime de responsabilidad de realizar el pago oportuno a través de cualquier otro medio o canal a disposición; en consecuencia, asumo la carga de diligencia de verificar la efectividad de los descuentos autorizados.
8. Que he leído y acepto términos, condiciones y la política de tratamiento y protección de datos personales, publicada en la página web oficial del Fondo de Empleados.
9. Que para todos los efectos derivados de la presente autorización acepto ser notificado a través del Correo electrónico _____, o cualquier otro canal tecnológico, información que me comprometo a actualizar oportunamente en el evento de presentar alguna modificación.
10. Las materias y/o situaciones no reguladas en el presente documento, se resolverán aplicando las disposiciones legales vigentes para las entidades de la economía solidaria y, en subsidio, las previstas en el Código de Comercio para sociedades, siempre y cuando no se afecte la naturaleza de los fondos de empleados, ni su carácter de no lucrativos.
11. Que cuando este documento requiera que la información conste por escrito, ese requisito también quedará satisfecho con un mensaje de datos conforme al marco legal vigente; del mismo modo, esta autorización podrá suscribirse por un mensaje de datos, a través de cualquier medio tangible o medio de comunicación electrónica fecha reciente que deje constancia permanente de mi consentimiento en la suscripción de la autorización, conforme a lo previsto en la Ley 527 de 1999 y al marco legal vigente.

Se suscribe este documento, a los _____ () días del mes de _____ del año dos mil _____ (), en dos originales y una copia, con destino a cada una de las partes y al Empleador.

Firma _____

Nombre _____

Huella dactilar

No. Cédula _____ Fecha de Expedición _____

Dirección _____ Ciudad _____

Número de celular _____ Correo electrónico Personal _____

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO


 ASEGURADO PRINCIPAL

 ASEGURADO EXTENSIVO

NIT. 860.524.654-6

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO: NIT No. _____		RAZÓN SOCIAL:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	CIUDAD / MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. _____		LUGAR DE EXPEDICIÓN:		FECHA DE EXPEDICIÓN: DÍA MES AÑO	
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		TELÉFONO/FAX:		DEPARTAMENTO:	
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CELULAR:		OTRO TELÉFONO / FAX:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO		SEXO M F		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE	
PESO KG	ESTATURA MTS	DIESTRO <input type="checkbox"/>	ZURDO <input type="checkbox"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>	DEPORTES QUE PRACTICA:
OCUPACIÓN DETALLADA:			VALOR ASEGURADO \$		INGRESOS MENSUALES \$

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD ASEGURADO

1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aneurismas Cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma Medular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desprendimiento de Retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S. de Sjogren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guillen Barre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoacusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disfonía Crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Rematoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrosis Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B,C o Delta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxigenodependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome Mental Organico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloqueos Cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Discos Vertebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Enfermedades valvulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Aterosclerotica del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI NO

¿Cuál? _____

3. Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI NO

4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: _____

5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? SI NO

6. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? SI NO

7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? SI NO

8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? SI NO

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	AFINIDAD	% DESIG.
1.							
2.							
3.							
4.							

AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el Exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, entendiéndose como LA ASEGURADORA.

a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la **ASEGURADORA**. SI NO

b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. SI NO

c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.

d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012. SI NO

CLÁUSULA DE ASESORÍA

"Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la Aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo."

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimas. SI NO
- He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI NO
- Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad.
- Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y se firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE

**FIRMA SOLICITANTE
C.C.**

**HUELLA INDICE
DERECHO**

FECHA DE AFILIACIÓN
NO. DE CARNÉ CLUB RECORDAR
FECHA DE VIGENCIA

D	M	A
---	---	---

D	M	A
---	---	---

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	E-MAIL	CELULAR
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD	TELÉFONO

TIPOS DE PLAN

<input type="checkbox"/> PLAN GRUPO BÁSICO FAMILIAR SOLTERO	<input type="checkbox"/> PLAN SIETE	<input type="checkbox"/> PLAN MULTIFAMILIAR	<input type="checkbox"/> PLAN DE INDIVIDUALIDADES
<input type="checkbox"/> PLAN GRUPO BÁSICO FAMILIAR CASADO	<input type="checkbox"/> PLAN SEIS	<input type="checkbox"/> PLAN CULTIVOS	<input type="checkbox"/> PLAN PREFERENCIAL
<input type="checkbox"/> PLAN OCHO	<input type="checkbox"/> PLAN BASE	<input type="checkbox"/> PLAN DISTRITAL	<input type="checkbox"/> PLAN CONTINUIDAD

OTROS SERVICIOS

REPATRIACIÓN		
<input type="checkbox"/> PRIMERA PÉRDIDA	<input type="checkbox"/> SÓLO TITULAR	<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO ELEGIDO

ALTERNATIVAS

<input type="checkbox"/> CLÁSICA	\$	<input type="text"/>	MENSUALES	ADICIONALES	\$	<input type="text"/>	MENSUALES
<input type="checkbox"/> SUPERIOR	\$	<input type="text"/>	MENSUALES	ADICIONALES	\$	<input type="text"/>	MENSUALES
<input type="checkbox"/> EXCELENCIA	\$	<input type="text"/>	MENSUALES	ADICIONALES	\$	<input type="text"/>	MENSUALES

LA DIFERENCIA ENTRE ESTAS TRES ALTERNATIVAS RADICA EN EL TAMAÑO DE LA SALA DE VELACIÓN, CARACTERÍSTICAS DIFERENTES DEL COFRE FÚNEBRE (en las localidades donde se den estas diferencias).

BENEFICIARIOS DEL PLAN

PARENTESCO DE LOS BENEFICIARIOS	NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA

BENEFICIARIOS ADICIONALES

NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	CIUDAD DE RESIDENCIA

1. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL: Como responsables del uso de la información de nuestros clientes damos cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, poniendo a su disposición en www.gruporecordar.co el aviso de protección de datos personales en el que encontrará: **a)** Aviso de privacidad y política para el tratamiento de su información personal, **b)** Registro de autorización para el tratamiento de información personal. **2. REGISTRO DE AUTORIZACIÓN PARA EL MANEJO DE INFORMACIÓN PERSONAL:** Autorizo al **GRUPO EMPRESARIAL RECORDAR** compuesto por las empresas: **RECORDAR PREVISIÓN EXEQUIAL TOTAL S.A.S.**, identificada con **nit: 800.192.105-1** y **PARQUES Y FUNERARIAS S.A.S.**, identificada con **nit: 860.015.300-0** a realizar el tratamiento de mis datos personales para los fines indicados en la presente política. **Declaraciones del titular: a)** Toda la información suministrada a **PREVISIÓN EXEQUIAL TOTAL S.A.S.** es verdadera. **b)** Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos indicados en la presente política. **c)** He sido informado acerca de la no obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando éstas versen sobre datos sensibles tales como: origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales de derechos humanos, datos relativos a la salud, a la vida sexual y a los datos biométricos o sobre los datos de niños, niñas y adolescentes. **d)** Conozco los datos de contacto, puntos de información y demás canales de comunicación por los cuales autorizo o modifico el tratamiento de mis datos personales.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: **SI** **NO**

Deseo inscribirme a Club Recordar y me gustaría recibir noticias y ofertas especiales de **CLUB RECORDAR** y **RECORDAR S.A.S.**: **SI** **NO**

DECLARO QUE: Nosotros, el titular y los beneficiarios al momento de suscribir la presente afiliación manifestamos que gozamos de buena salud y no tenemos diagnóstico de enfermedades terminales, ni historia médica de cáncer o sida. Autorizo a Recordar S.A.S. para que al momento de requerir el servicio solicite la presentación del certificado de defunción, fotocopia del documento de identidad del afiliado titular y de la persona fallecida; así como la historia clínica o epicrisis.

Firma: _____

Autorizo a _____ descontar mensualmente de mi sueldo o aportes la suma de _____ pesos m/cte. (\$ _____) para cubrir la cuota mensual del plan de Previsión Exequial.

DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO.

FIRMA DEL AFILIADO TITULAR

DEPENDENCIA

INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR RECORDAR S.A.S

FORMA DE PAGO	V/R CUOTA MES	CONTRATO N°	NOMBRE COMPLETO DEL EJECUTIVO	CÓDIGO	NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADOR	CÓDIGO
	\$					

Para Plan Continuidad o Preferencial relacione el nombre de la empresa donde laboró y el número del contrato de previsión que adquirió: _____

OBJETO DEL CONTRATO: El presente contrato tiene como objeto que **RECORDAR S.A.S.**, ofrezca la disponibilidad al **AFILIADO TITULAR** y a los beneficiarios que él designe en las condiciones que se indican en el mismo, el **PLAN DE PREVISIÓN EXEQUIAL**, que consiste en los servicios de funeraria, de velación y de inhumación o cremación, en caso de fallecimiento del afiliado titular o los beneficiarios registrados o incluidos durante la vigencia del mismo y que cumplan con las condiciones estipuladas para cada modalidad por **RECORDAR S.A.S.**

1. CUBRIMIENTO:

1.1 En red propia del GRUPO RECORDAR

RECORDAR S.A.S., hace parte del **GRUPO RECORDAR** el cual cuenta con una amplia infraestructura a nivel nacional de parques cementerios, funerarias y hornos crematorios prestando sus servicio a través de la red propia con: Jardines del Recuerdo localizados en las ciudades de Bogotá y Cali, en Antioquia Parque Memorial de Vida La Esperanza y en 23 municipios con red propia, Jardines de la Eternidad en el norte y sur de la ciudad de Barranquilla, Jardines de la Asunción en Tunja, Jardines de Cartagena en la ciudad de Cartagena y Jardines de Valledupar en la ciudad de Valledupar.

1.2 A través de la red nacional de servicios en el resto del país.

2. SERVICIOS FUNERARIOS Y DE VELACIÓN

- Asesoría exequial permanente.
- Trámites legales necesarios para el traslado, inhumación o cremación de la persona fallecida.
- Traslado urbano de la persona fallecida al laboratorio de tanatopraxia.
- Tratamiento de tanatopraxia.
- Traslado urbano de la persona fallecida a la sala de velación, iglesia y campo santo.
- Suministro de un cofre fúnebre con características diferentes según la alternativa seleccionada.
- Velación hasta por 24 horas, en Medellín hasta por 15 horas.
- Cinta membreada con el nombre inscrito de la persona fallecida.
- Servicio de cafetería (agua, tinto, aromática).
- Servicio de teléfono local.
- Libro de registros para asistentes.
- Arreglo floral.
- Una serie de carteles.
- Ceremonia religiosa.
- Si se requiere traslado de la persona fallecida **RECORDAR S.A.S.** coordinará un (1) traslado a nivel nacional.
- Transporte urbano para acompañantes siempre y cuando las funerarias de las localidades donde no tenemos sedes incluyan este servicio.

3. SERVICIOS FUNERARIOS Y DE VELACIÓN

INHUMACIÓN

- Se otorga el derecho de uso de un lote o bóveda, el cual se concederá por el término mínimo permitido por las disposiciones legales vigentes para exhumar en la respectiva localidad. El derecho de uso y el dominio del espacio en el cual se prestará la inhumación, será siempre del parque cementerio o del cementerio tradicional.

Parágrafo: Si el **AFILIADO TITULAR Y/O BENEFICIARIO** posee lote o bóveda en un parque cementerio de propiedad del **GRUPO RECORDAR** y lo utiliza para el servicio, **RECORDAR S.A.S.**, prestará los servicios de cementerio y derechos memoriales del espacio a utilizar. Si el **AFILIADO TITULAR Y/O BENEFICIARIO** posee lote o bóveda en un parque cementerio o cementerio diferente a los de propiedad del **GRUPO RECORDAR** y lo utiliza para el servicio, **RECORDAR S.A.S.** le reconocerá los servicios de cementerio hasta por **1.5 S.M.M.L.V.**

CREMACIÓN

- Derecho al servicio de cremación.
- Se otorga el derecho de uso de un cenizario a nivel nacional con su respectiva placa e inscripción. **RECORDAR S.A.S.** gestionará la asignación correspondiente de conformidad con los reglamentos de los parques cementerios o parroquias según el caso.
- Urna cenizaria.

4. ¿A QUIÉNES CUBRIMOS?

PLANES	TITULAR	BENEFICIARIOS	ADICIONALES
Grupo Básico Familiar Soltero	AFILIADO TITULAR HASTA 65 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Padres sin límite de edad. • Todos los hermanos sin límite de edad; pueden ser casados o solteros. • Padrastrros, madrastras, hermanastros, anexando declaración extrajuicio. 	
Grupo Básico Familiar Casado	AFILIADO TITULAR HASTA 65 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge o compañero(a) permanente sin límite de edad. • Padres o suegros sin límite de edad. • Todos los hijos sin límite de edad; pueden ser casados o solteros. • Cobertura de hijos después de seis meses de gestación hasta los 90 días de nacido: sin previa inscripción, tiempo a partir del cual deberán ser inscritos. • Padrastrros, madrastras, hijastros, anexando declaración extrajuicio. 	
Ocho	SIN LÍMITE DE EDAD.	<ul style="list-style-type: none"> • Dos personas sin límite de edad. (Deben ser padres o suegros). • Cinco beneficiarios hasta 70 años. (Sin importar el grado de consanguinidad o parentesco con el titular). • Si dentro de los beneficiarios se inscribe un bebé en gestación, se cubrirá a partir del 6to mes de gestación. • Si el bebé en gestación es hijo del titular tendrá cobertura sin previa inscripción hasta 90 días de nacido, siempre y cuando no esté la totalidad de los 7 beneficiarios que corresponden al plan: a partir del día 91 deberá ser inscrito en nuestro sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> • SON AQUELLAS PERSONAS A LAS CUALES EL TITULAR EXTIENDE SU PROTECCIÓN CANCELANDO UNA TARIFA ADICIONAL DE ACUERDO CON LA ALTERNATIVA SELECCIONADA.
Siete	HASTA 75 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Siete (7) beneficiarios hasta 75 años de edad, sin importar el grado de consanguinidad. 	
Seis	AFILIADO TITULAR HASTA 65 AÑOS DE EDAD.	<ul style="list-style-type: none"> • Seis (6) beneficiarios hasta 65 años de edad, que deben ser: Padres, suegros, cónyuge o compañero(a) permanente, hijos, hijastros, hermanos, hermanastros, padrastrros o madrastras, primos, nietos, nueras, yernos, cuñados, tíos, sobrinos. 	
Cultivos Grupo Familiar Soltero	HASTA 65 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Padres sin límite de edad. • Todos los hermanos sin límite de edad, pueden ser casados o solteros. • Padrastrros, madrastras, hermanastros, anexando declaración extrajuicio. 	
Cultivos Grupo Familiar Casado	HASTA 65 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge o compañero(a) permanente sin límite de edad. • Padres o suegros sin límite de edad. • Todos los hijos sin límite de edad, pueden ser casados o solteros. • Cobertura de hijos después de seis meses de gestación hasta los 90 días de nacido: sin previa inscripción, tiempo a partir del cual deberán ser inscritos. • Padrastrros, madrastras, hijastros, anexando declaración extrajuicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • SE ACEPTAN MÁXIMO 7 PERSONAS ADICIONALES, MENORES DE 70 AÑOS POR AFILIADO TITULAR.
Base	AFILIADO TITULAR HASTA 60 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Seis (6) beneficiarios hasta 60 años de edad, que deben ser: cónyuge o compañero(a) permanente, hijos, hijastros, hermanos, hermanastros, primos, nietos, nueras, yernos, cuñados, tíos, sobrinos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones especiales • No pueden afiliarse: padres, padrastrros, abuelos, y suegros.
Multifamiliar	HASTA 65 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Dos (2) beneficiarios sin límite de edad, que deben ser los padres, padrastrros o suegros del titular. • Doce (12) beneficiarios hasta 65 años de edad, que deben ser: hijos, hijastros, hermanos, hermanastros, tíos, primos, sobrinos, nietos, cónyuge, suegros, cuñados, yernos, nueras, y la empleada de servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios se prestarán solo en nuestras instalaciones a nivel nacional. • Si se requiere el traslado de la persona fallecida RECORDAR S.A.S. coordinará (1) traslado a nivel nacional.
Distrital Soltero	AFILIADO TITULAR HASTA 65 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Padres sin límite de edad. • Todos los hermanos sin límite de edad, pueden ser casados o solteros. • Padrastrros, madrastras, hermanastros, anexando declaración extrajuicio 	<ul style="list-style-type: none"> • En el plan distrital aclaramos que: el servicio de inhumación se lleva a cabo en cementerios distritales o en bóveda, de existir crematorio se puede elegir cremación.
Distrital Casado	AFILIADO TITULAR HASTA 65 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).	<ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge o compañero(a) permanente sin límite de edad. • Padres o suegros sin límite de edad. • Todos los hijos sin límite de edad, pueden ser casados o solteros. • Cobertura de hijos después de seis meses de gestación hasta los 90 días de nacido: sin previa inscripción, tiempo a partir del cual deberán ser inscritos. • Padrastrros, madrastras, hijastros, anexando declaración extrajuicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay servicio de transporte para acompañantes. • No se cubre traslado a nivel nacional. • No hay ofrenda floral.
Individualidades	HASTA 65 AÑOS DE EDAD (Sin ser excluido al cumplir esta edad).		<ul style="list-style-type: none"> • SE ACEPTAN MÁXIMO 5 PERSONAS ADICIONALES, HASTA 65 AÑOS DE EDAD.

5. VIGENCIA

La vigencia del contrato es de (1) año, siempre y cuando la empresa contratante, **Recordar Previsión Exequial total S.A.S.** y/o el afiliado titular no exprese por escrito su voluntad de darlo por terminado. Esta afiliación tendrá un incremento anual.

BENEFICIOS EXCLUSIVOS EN NUESTROS PARQUES CEMENTERIOS Y FUNERARIAS

- Salas privadas.
- Asesoría psicológica para los deudos en Bogotá, Cali, Barranquilla, Valledupar, Tunja y Cartagena.
- Parquedero amplio e iluminado.
- Vigilancia privada permanente.
- Celebración de misa de novenario y aniversario en nuestras capillas.
- Suministro de una losa estándar a título de comodato con inscripción del nombre de la persona fallecida.
- Servicio de exhumación de los restos mortales al término del periodo establecido para este procedimiento.
- Cremación de restos una vez realizada la exhumación y verificar que no se haya realizado la reducción esquelética. (Previa autorización de la fiscalía por muerte violenta).
- Suministro de un osario en derecho de uso a perpetuidad con su respectiva losa e inscripción del nombre de la persona fallecida.
- Espacios diseñados para generar ambiente de reflexión y tranquilidad.
- Homilía en Jardines del Recuerdo de Bogotá y jardines de la Asunción en Tunja.
- Transporte interno dentro del parque cementerio en Bogotá y Cali.

IMPORTANTE

- El titular y los beneficiarios al momento de suscribir la presente afiliación, manifiestan que gozan de buena salud y no tienen diagnóstico de enfermedades terminales, ni historia médica de cáncer o SIDA.
- Si el **AFILIADO TITULAR** fallece, su grupo básico familiar quedará cubierto por cuenta de **RECORDAR S.A.S.** hasta la fecha de renovación del contrato, siempre y cuando se encuentre al día en los pagos.
- **APLICA PARA TODOS LOS PLANES**, para la inclusión de padrastrros, madrastras, hijastros y hermanastros se debe anexar declaración extrajuicio al momento de diligenciar la afiliación.
- El cubrimiento para el titular y todos sus beneficiarios será a partir del día 1 o 16 de cada mes dependiendo del cierre de novedades acordado con la empresa.
- Una vez diligenciada la afiliación no podrán ser incluidas personas adicionales; excepto cónyuge e hijos en el caso del casado, hermanos en el caso del soltero quienes podrán adicionarse en el transcurso de la vigencia del contrato.
- Otras personas adicionales podrán ser incluidas solo en el momento de la renovación del contrato con la empresa.
- En el momento del fallecimiento del adicional, si el servicio es prestado con **RECORDAR S.A.S.**, el afiliado titular deberá cancelar el valor de la cuota hasta la renovación del contrato. En caso de no reportar el servicio con **RECORDAR S.A.S.**, el titular puede notificar la novedad de retiro en su momento.
- En los planes Seis, Siete, Ocho, Plan base y Plan Multifamiliar, no se permite ingresar más personas después de haber sido aceptada la afiliación, este beneficio se aceptará únicamente a la renovación del contrato.
- Para las personas que adquieran una enfermedad terminal después de haberse afiliado, quedarán cubiertas a partir del primer día (1) del séptimo (7) mes contados a partir de la fecha de vigencia de la afiliación.
- Cobertura de suicidios.
- Para las personas que vengan trasladadas de otra entidad de **Previsión Exequial**, se les conservará la antigüedad.
- En el **PLAN GRUPO BÁSICO FAMILIAR** la cobertura del bebé en gestación se cubrirá únicamente para el titular con parentesco de casado.
- Los cambios tanto de plan como de alternativa solo operarán en la fecha de renovación del contrato.
- **TODO SERVICIO EXCEDENTE** a lo ofrecido en el plan seleccionado con relación a: coros, características superiores en el cofre, flores, amplitud o cambio de la sala de velación, horas adicionales de velación, carteles, avisos en periódicos, hábitos, correrá por cuenta de los deudos.
- En caso de desafiliación, **LA EMPRESA CONTRATANTE Y/O EL AFILIADO TITULAR** deben comunicar por escrito a nuestras oficinas comerciales antes del cierre de novedades del mes correspondiente.
- Cuando el afiliado titular se retire de la institución y desee continuar con este servicio deberá comunicarse directamente con **RECORDAR S.A.S.** al centro de atención comercial y afiliarse al Plan Continuidad o Preferencial máximo a los dos meses de la exclusión, con el fin de mantener la antigüedad del plan colectivo.
- Para solicitar la autorización y coordinación del servicio deberán comunicarse únicamente con **RECORDAR S.A.S.** a los centros de atención al cliente detallados en esta afiliación.
- Todos los servicios deberán ser autorizados y coordinados por un funcionario de **RECORDAR S.A.S.** en la fecha del fallecimiento de la persona, la no autorización total o parcial del servicio no dará lugar a reintegros de dinero.
- **GRUPO RECORDAR** cuenta con un portafolio nacional de alianzas para que los afiliados lo puedan disfrutar en **VIDA**, en la página web www.clubrecordar.com podrán encontrar las alianzas que se tienen por ciudades.
- Se entrega carné a cada afiliado titular.
- Conocidos mis derechos, en mi calidad de lector y/o visitante de portales y actuando en nombre propio, en aplicación de las normas que regulen lo relacionado con el **Tratamiento de Datos Personales**, autorizo de manera expresa, suficiente, voluntaria e informada a **Club Recordar y Recordar Previsión Exequial Total S.A.S.** para que reciban, administren, accedan, conserven, almacenen, archiven, analicen, copien, procesen, utilicen y consulten, toda la información personal y comercial de la cual soy titular y que se encuentra consignada en sus bases de datos o que entregue al diligenciar cualquier formulario, ubicado bajo sus páginas www.clubrecordar.com y www.gruporecordar.co, para que efectúen actividades tales como (aunque no limitadas a las mismas): **1.** Traslado, transmisión o entrega de información o documentación a sus áreas de trabajo. **2.** Archivo de información y documentación. **3.** Análisis de mercado y del consumidor, para lo cual podrá entregar los datos a sus consultores o terceros con quienes haya contratado dicho estudio o consultoría y a quienes se extenderá la política de privacidad de la información. **4.** Uso para actividades promocionales de investigación y creación de comunidades de clientes o personas con fines comerciales o de mercadeo. **5.** Lanzamientos de campañas publicitarias de correo electrónico, marketing digital, redes sociales, correo directo o telemarketing propias de la asociación. De igual forma, mediante la aceptación del presente texto, certifico que la información antes descrita es veraz, completa, exacta, actualizada y legalmente obtenida. Por lo anterior, cualquier error en la información suministrada será de mi única y exclusiva responsabilidad; lo que exonera al **Club Recordar y Recordar Previsión Exequial Total S.A.S.** de su responsabilidad ante persona o entidad.
- En el caso de tener alguna pregunta los titulares y/o contratantes pueden acceder a través del sitio web www.clubrecordar.com o www.gruporecordar.com, en el link "protección de datos personales" o a través de comunicación al correo habeadata@gruporecordar.com.co, clubrecordar@gruporecordar.com.co y/o en las sedes administrativas de cada ciudad.

CENTROS DE ATENCIÓN EXEQUIAL Y SERVICIO AL CLIENTE

En caso de fallecimiento deberán comunicarse **NECESARIAMENTE** a las líneas de emergencia que se indican a continuación, las cuales se encuentran a su disposición las 24 horas del día, 365 días al año. Para solicitar la autorización y coordinación del servicio:

Línea Nacional: 01800910571, **WhatsApp Nacional:** 3188284875, Opción 1. Bogotá: 7484000, Barranquilla: 3869090, Valledupar: 5731313, Cartagena: 6932220, Cali: 4898500, Tunja: 7458500, Medellín: 5124218, Bucaramanga: 6975099, Pasto: 7374581; para todas las ciudades aquí referenciadas seleccionar la opción 1.