

Formato de adicionales e inclusiones Coorserpark.

**INDIQUE EL TRÁMITE QUE DESEA REALIZAR**

Adicionar un miembro de su grupo familiar que necesite previa inscripción* <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 1	Incluir un subgrupo. <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 2	Incluir un adicional. <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 3	Inclusión o cambio de plan: <input type="checkbox"/> Diligencie el numeral 4
---	---	--	--

A continuación relaciono las personas que vinculo al plan de servicio exequial y que de conformidad con el contrato existente con COORSERPARK requieren inscripción previa.

**1. ADICIONAR UN MIEMBRO AL GRUPO FAMILIAR QUE NECESITE INSCRIPCIÓN PREVIA**

RELACIÓN					FECHA DE NACIMIENTO				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN						
Suegro(a)	Novio(a)	Abuelo(a)	Nieto(a)	1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	1er NOMBRE.	2do NOMBRE.	DD	MM	AAAA	C.C.	T.I	C.E	NUIP	NÚMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**2. ADICIONAR UN SUBGRUPO**

RELACIÓN					FECHA DE NACIMIENTO				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN			
1ER APELLIDO	2do APELLIDO	1er NOMBRE	2do NOMBRE	DD	MM	AAAA	C.C.	T.I	C.E	NUIP	NÚMERO	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**3. INCLUIR UN ADICIONAL**

RELACIÓN					FECHA DE NACIMIENTO				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN			
1ER APELLIDO	2do APELLIDO	1er NOMBRE	2do NOMBRE	DD	MM	AAAA	C.C.	T.I	C.E	NUIP	NÚMERO	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**4. INCLUSIÓN O CAMBIAR DE PLAN**      Plan Presidencial       Plan Gerencial

**CONDICIONES Y ACLARACIONES**

**\*QUIENES DEBEN SER INSCRITOS PREVIAMENTE:**  
 Suegros en reemplazo de padres fallecidos.  
 Nietos desde el primer año de nacidos hasta los 14 años.  
 Abuelos menores de 70 años, con periodo de carencia de 180 días a partir de la fecha de inscripción.  
 Novio(a) menor de cuarenta (40) años.

**\*\* Subgrupos.**  
 El asociado titular puede vincular familiares hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo de afinidad (E). Hermanos, sobrinos, tíos, suegros, cuñados e hijastros) junto con su respectivo grupo familiar, con periodo de carencia de 60 días a partir de la vinculación, cancelando una cuota igual a la que él paga

**\*\*\*Adicionales.**  
 El asociado titular puede vincular a sobrinos, nietos, primos, cuñados, yernos, nueras o allegado menores de 65 años de edad, que se encuentren en perfecto estado de salud, con un periodo de carencia de 90 días a partir de la vinculación. Por cada adicional se paga la quinta parte de la tarifa de un asociado titular.

**PARA ADICIONALES Y SUBGRUPOS SE DEBE ANEXAR A ESTE FORMATO:**  
 ■ Copia de cédula.

**PARA REEMPLAZO DE SUEGROS POR PADRES, SE DEBE ANEXAR A ESTE FORMATO:**  
 ■ Certificado de defunción  
 ■ Fotocopia de la cédula del fallecido  
 ■ Fotocopia de la cédula del suegro (a)  
 ■ Registro Civil de matrimonio o extrajuicio si es unión libre

En mi calidad de titular de la información, autorizo a FECOLSA para que mis datos personales y/o sensibles suministrados, sean almacenados, recolectados, actualizados e incorporados en sus archivos o bases de datos, para el desarrollo de su objeto social y de la relación solidaria y contractual que nos vincula, de acuerdo con las finalidades establecidas en el Manual interno de políticas y procedimientos de protección de datos personales de FECOLSA, el cual declaro conocer.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL ASOCIADO

NOMBRE:	EMPRESA:
C.C.:	TEL.OFICINA Y EXT: