



FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

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

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: