

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ADQUIRIR:**

PLAN DE ASISTENCIA o PREVISION INDIVIDUAL EXEQUIAL - PREVIEXEQUIAL EXCLUSIVO y OTROS SERVICIOS

No. de Contrato

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

CIUDAD

DATOS DEL TITULAR CONTRATANTE - BENEFICIARIO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES COMPLETOS

No. DE IDENTIFICACIÓN

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

LUGAR Y FECHA DE NAC.

CIUDAD / MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐

GENERO

☐☐

F

M

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:

N°

TEL:

CELULAR

CIUDAD

DPTO

OCUPACIÓN:

CORREO ELECTRONICO

AFILIACION MASCOTAS

Mascotas a proteger

No.

NOMBRE DE LA MASCOTA

TIPO

RAZA

COLOR

GENERO

EDAD

SI

NO

☐☐

1

2

3

IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES**CONTRATISTA:** ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BEBECIOS SAS. EN ADELANTE **LA COMPAÑIA****CONTRATANTE:** PERSONA NATURAL IDENTIFICADA EN ESTE DOCUMENTO EN ADELANTE **EL TITULAR**

OBJETO: Por medio del presente contrato, la Compañía se obliga a prestar el servicio de asistencia exequial y/o servicios funerarios "Previexequial Exclusivo" a nivel nacional, a nombre propio o de un tercero, a través de la red de filiales exclusivamente en favor del Titular, de acuerdo a las condiciones aquí establecidas. Adicionalmente ofrecer a **EL TITULAR** que pueda adherir o adquirir la póliza de seguro de vida grupo, y sus amparos, tomado por **LA COMPAÑIA**.

EL TITULAR de manera expresa libre y voluntaria acepta y entiende que esta contratando los servicios del producto Previexequial Exclusivo, cuyas condiciones se establecen en el presente documento y/o en la Libranza y/o Débito Automático, según sea el caso. Igualmente acepta y entiende que de manera voluntaria se adhiere y/o adquiere la póliza de seguro de vida grupo, y sus amparos, tomado por **LA COMPAÑIA**, cuyas condiciones se establecen en el presente documento y/o en la Libranza y/o Débito Automático y/o Clausulado(s) de la(s) Póliza(s) de la compañía de seguros, según sea el caso.

CONDICIONES Y/O ALCANCE DEL SERVICIO: PREVIEXEQUIAL EXCLUSIVO :**Servicios funerarios**

Traslados del fallecido según requerimiento dentro del perímetro urbano de cada localidad.

Trámites legales para la obtención de la Licencia de Inhumación o Cremación.

Trámites del Registro Notarial de Defunción.

Tratamiento de Conservación del Cuerpo.

Cofre o Ataúd. Estandar

Velación por el tiempo estipulado en cada región.**

Carroza o Coche Fúnebre con cinta impresa.

Buseta para acompañantes dentro del perímetro urbano de la localidad. 25 personas en ciudades principales donde se acostumbra prestar este servicio

Serie de carteles.

Oficio Religioso Ecuaménico.

Asistente familiar. En ciudades principales y donde se acostumbra prestar este servicio.

Servicio De Inhumación En Cementerio Distrital o M/pal

Bóveda temporal y su adecuación por el tiempo determinado en cada región.

Derechos de Inhumación.

Edades

Edad de ingreso 18 años hasta 70 años menos 1 día.

Edad de permanencia ilimitada

Servicio De Cremación En Cementerio Distrital o Municipal

Servicio y derechos de Cremación.

Entrega de las cenizas en una urna cenizaria.

**** NO INCLUYE: SALAS DE VELACION FUNERARIA GAVIRIA CL 98 o SIMILARES**

El Inicio de la cobertura de los servicios tendrá en cuenta los siguientes tiempos y/o periodos de carencia que se deben contar a partir de la fecha del primer descuento efectivo de Nomina:

Para muerte natural y/o accidental 24 horas y/o para muerte por suicidio

Para muerte por enfermedades preexistentes desde el día 91 excepto Cáncer y Sida las cuales son desde el día 181.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS:

De acuerdo a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y normas concordantes, autorizo, como titular de mis datos, a que estos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S., para ser tratados con las siguientes finalidades: Fidelización de clientes, Prospección comercial, Segmentación de mercados, Ofrecimiento productos y servicios, Marketing, gestión administrativa, contable y financiera. De igual modo autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo fin sea consultar, verificar, reportar, suministrar y divulgar a los bancos de datos, el nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones, para establecer el comportamiento de pago, efectuar el estudio de crédito o viabilidad de las solicitudes de productos y servicios realizadas por nuestra parte con el fin de poderme ofrecer servicios y beneficios adicionales. Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, y consulta de la Política de Tratamiento de Datos, mediante escrito dirigido al correo electrónico atencionalcliente@estasseguero.com.co

MECANISMO DE PAGO

FORMA DE PAGO

Libranza y/o Descuento de nomina - Débito Automático

☒

Mensual DebAuto

☒

Otro

☐

CUAL ?

VALOR SERVICIOS:

DECLARO QUE CONOZCO Y ACEPTO LAS CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO Y QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL SON VERDADEROS. LA INFORMACIÓN APORTADA SERÁ TRATADA CONFORME A LO EXIGIDO POR LA LEY 1581 DE 2012.

FIRMA Y DATOS DEL TITULAR- CONTRATANTE

Nombre:

N° de documento

DATOS DEL ASESOR

Nombre:

Codigo:

CHEQUEO DE CALIDAD

Yo, _____, identificado con cedula de ciudadanía _____ expedida en _____
en mi calidad de _____ de la ENTIDAD PAGADORA, de manera expresa y voluntaria entiendo y acepto que:

1. Mi fecha de nacimiento es: _____
2. El Valor de ingreso base de cotización que reporté es de: \$ _____ - , este valor es el que se toma como referencia para la cobertura del producto.
3. La entidad para la que laboro es: \$ _____ -
4. Mi correo electrónico es: _____
5. Los documentos de afiliación y forma de pago serán enviados a mi correo electrónico para mi diligencia y firma digital, en los que encontré de manera clara la información de los beneficios que adquirí y los canales de comunicación para que acceda a los mismos.
6. Adquirir el producto PREVI-EXEQUIAL EXCLUSIVO de la empresa ESTASSEGURO, por lo anterior soy cliente de ESTASSEGURO y puedo acceder a la póliza colectiva de BENEFICIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, que respalda POSITIVA ARL.
9. El valor que se descontará cubrirá el pago de los dos productos que deseo adquirir.
10. En lo que respecta al Beneficio de Incapacidad tengo las siguientes condiciones particulares:
 - a. Se reconocen incapacidades a partir del tercer día, de origen común o general expedida por la EPS, siempre y cuando no sean preexistentes.
 - b. Te cubre 4 eventos por vigencia cada uno hasta por 45 días de manera continua o discontinua y se actualizan anualmente el 25/12.
 - c. No se reconocen eventos diagnósticos preexistentes al ingreso a la póliza ni las exclusiones del clausulado.
11. El trámite de reclamación o pago de incapacidad se hace de manera virtual, te debes comunicar con NOSOTROS, a los teléfonos que aparecen en la afiliación o en nuestra pagina WEB o redes sociales, sin embargo, para hacer más diligente la gestión ante la ASEGURADORA, para dicho trámite debes tener a la mano copia de historia de clínica, copia de cedula, copia de la incapacidad, tus aportes al PILA estos últimos te los entrega el área de talento humano o tu EPS y tu certificación bancaria.
12. No contamos con periodo de carencia.

FIRMA Y DATOS DEL TITULAR- CONTRATANTE

Nombre:

N° de documento

REFERENCIAS LABORALES						
REFERIDO 1						
NOMBRE Y APELLIDOS						
TELEFONO DE CONTACTO						
ENTIDAD						
REFERIDO 2						
NOMBRE Y APELLIDOS						
TELEFONO DE CONTACTO						
ENTIDAD						
REFERIDO 3						
NOMBRE Y APELLIDOS						
TELEFONO DE CONTACTO						
ENTIDAD						
TIENES MASCOTAS						
N°	NOMBRE DE LA MASCOTA	TIPO DE MASCOTA	RAZA	COLOR	GENERO	EDAD
1						
2						
3						