

FECHA DE AFILIACION

No. DE CARNÉ CLUB RECORDAR

FECHA DE VIGENCIA

DATOS DEL AFILIADO TITULAR			
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	E-MAIL	MÓVIL
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"/> CLASICA	\$ <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

**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.com.co](http://www.gruporecordar.com.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 a RECORDAR PREVISION EXEQUIAL TOTAL S.A.S., 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 RECORDAR PREVISION 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	CODIGO	NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADOR	CODIGO

Para Plan Continuidad o Preferencial relacione el nombre y número de contrato donde laboró:

Amarilla: Cliente - Copia Verde: Archivo

IMPRESO POR PRIMARIA PRINT EDITORES S.A.S. Calle 10 No. 29 - 86 Bogotá - COLOMBIA. Pbx. 664 1890