



**FORMATO DE AFILIACIÓN y
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**

F E C H A		
DIA	MES	AÑO

1. EMPRESA

NOMBRE O RAZON SOCIAL		Fondo de Empleados Granfondo		C.C./NIT		800.097.913-8	
NOMBRE TITULAR	C.C.:			FECHA NACIMIENTO			
DIRECCION RESIDENCIA / CIUDAD			TELEFONO (S)				
E-MAIL			CELULAR				

2. BENEFICIARIOS

	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	PARENTESCO	CIUDAD RESIDENCIA	EDAD
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

OPCIÓN 1. TITULAR MAS 9 BENEFICIARIOS
(Previamente Inscritos) Inversión Mensual \$ 12.500

OPCIÓN 2. PLAN ABUELOS
Cobertura de los 4 abuelos paternos y maternos (Biológicos).
Inversión Mensual \$ 17.500 adicionales al plan del grupo familiar.

4 sin límites de edad entre:

Titular, padres, suegros, cónyuge

6 menores de 70 años de edad entre:

Hijos, Hermanos, sobrinos, primos, Tíos, Nietos, Nueras, Yernos, cuñados, hijastros, hermanastros, padrastros, etc.

OPCIÓN 3. PLAN MASCOTAS

Retiro de la mascota del lugar del fallecimiento, sala de velación, cofre, cremación, recordatorio.

Inversión Mensual \$ 7.400 mensuales por mascota.

OPCIÓN 4. PLAN CENIZAS (Solo Cartagena)

Embarcación para 10 personas (familiares o amigos) ceremonia religiosa y acompañamiento musical.

Inversión mensual \$ _____

3. ABUELOS

NOMBRE		C.C.:	

4. MASCOTA Adicionalmente especificar: tipo de mascota felina o canina, edad, color y peso

NOMBRE		Raza:	
NOMBRE		Raza:	

EL CLIENTE

PLAN PRESIDENCIAL: Cobertura de servicios funerarios en Capillas de La Fe. A nivel nacional su equivalente. **Destino Final:** Cremación o Inhumación en lote o bóveda en Cementerio

- PLAN PRESIDENCIAL:** \$ 12.500
- PLAN ABUELOS:** \$ 17.500
- PLAN MASCOTAS:** \$ 7.400
- PLAN CENIZAS:** \$ _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Señores Pagadores (_____); en mi condición de empleado de esta institución y de conformidad con lo previsto en el artículo 59 del C.S.T., y demás normas concordantes, comedidamente me dirijo a Usted, con el fin de autorizar se me realice el correspondiente descuento de \$ _____ mi salario. Con destino al **FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO**. Las tarifas cambian el 1 de Agosto de cada año por renovación.

C.C. _____

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL SERVICIO

En todos los casos, debe llamarse a la línea de atención al cliente definido por **COORSERPARK SAS. TEL. 345 01 88 – Línea gratuita Nacional 01 8000 11 52 33. El Comprador o Beneficiario** no puede hacer contactos o arreglos directos con ninguna funeraria particular. **COORSERPARK SAS** no se hará responsable de ninguno de los servicios solicitados particularmente. El servicio se prestará dentro de las dos 2 horas siguientes a la entrega del certificado médico de defunción por parte de la familia si se encuentra en perímetro urbano, en perímetro rural el tiempo puede ser mayor de acuerdo a las condiciones de la vía y climáticas. **Documentos para la obtención del Servicio.** Para hacer uso de los servicios descritos en el presente Contrato se debe presentar el documento de identidad y el certificado de defunción del fallecido con el llenado de los requisitos legales.

GARANTÍA DEL SERVICIO – RECLAMACIÓN

El servicio funerario prestado tendrá una garantía de 6 meses, tiempo en el cual el COMPRADOR o CONSUMIDOR podrá reclamar a COORSERPARK cualquier inconformidad frente a la prestación del mismo, para tal fin podrá acudir a nuestro departamento de auditoría ubicado en la carrera 11 No. 69/37 de la ciudad de Bogotá o a los teléfonos 3450188 extensiones 2401-2402-2403 las 24 horas. La desafiliación unilateral por parte del COMPRADOR tendrá que ser dirigida por escrito directamente a COORSERPARK y a la ENTIDAD cumplimiento el término de vigencia conforme a la ley de protección al consumidor.

Afiliación elaborada por: _____