

 <p>FONDO DE EMPLEADOS FondeBucanero TU BIENESTAR, PRIMERO! NIT. 800.227.717-1</p>	FORMATO				Código: FO - DA - 03
	VINCULACIÓN AL FONDO SOCIAL EXEQUIAL				Versión: 6
	<p>El Fondo Social Exequial tiene como objetivo establecer un programa de aportes mensuales con el fin de brindar un beneficio que garantice la cobertura nacional del servicio funerario, cuando ocurra el fallecimiento del asociado o algún miembro de su grupo familiar, de acuerdo con las condiciones establecidas en el reglamento.</p>				Fecha: 1/10/2023
					Página: 1 de 1
1. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO					FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:		
Identificación: C.C. ____ C.E. ____	Lugar de expedición	Fecha de nacimiento		Género	
No. _____		DD	MM	AAAA	Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Teléfono Fijo	Celular	Correo electrónico			
Dirección Residencia:	Ciudad:	Barrio:	Departamento:		
2. INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO (Padres, Cónyuge e Hijos)					
<p>El grupo familiar primario del asociado está conformado por padre, madre, cónyuge e hijos. En caso de ausencia de los padres, podrá inscribir a sus suegros sin límite de edad. Los hijos tendrán cobertura a partir del sexto mes de gestación, por último, en caso de no tener cónyuge ni hijos, podrá inscribir a hermanos hasta los 30 años de edad, al superar esta edad se realizará el cobro como beneficiario adicional.</p>					
Parentesco (Marcar con una X)	Nombres y Apellidos		Identificación	Edad	Discapacidad (SI/ NO)
Madre <input type="checkbox"/> Suegra <input type="checkbox"/>					
Padre <input type="checkbox"/> Suegro <input type="checkbox"/>					
Cónyuge					
Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/>					
Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/>					
Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/>					
Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/>					
Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/>					
Hijo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/>					
3. GRUPO ADICIONAL O ADICIONALES					
Los beneficiarios adicionales podrán vincularse con una edad menor de 65 años.					
Nombres y Apellidos		Identificación	Edad	Discapacidad (SI/ NO)	Parentesco
4. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA DEL ASOCIADO					
En caso de fallecimiento, FondeBucanero otorgará un seguro de vida a mi(s) beneficiario(s) distribuido de la siguiente forma.					
Nombres y Apellidos		Identificación	Edad	Discapacidad (SI/ NO)	Porcentaje de distribución
5. TÉRMINOS Y CONDICIONES					
<p>Cláusula primera: Ingresos, modificaciones y cancelaciones: Los asociados pueden diligenciar el formato establecido por FondeBucanero para ingresar, modificar y/o cancelar el servicio en cualquier momento, el cual entrará en vigencia 45 días hábiles después de radicar el documento.</p> <p>Cláusula segunda: Períodos de carencia: 1) Por muerte accidental o violenta: 24 horas de inicio de la vigencia de la cobertura. 2) Muerte natural por cualquier causa con excepción de enfermedades graves o suicidio: 30 días de inicio de la vigencia de la cobertura. 3) Por suicidio o enfermedad grave preexistente (se entiende como enfermedad grave: el cáncer, accidente cerebro vascular, el bypass aortocoronario, la insuficiencia renal, el trasplante de órganos vitales y el VIH): 180 días de inicio de la vigencia de la cobertura.</p> <p>Cláusula tercera: Suspensión del servicio: En el momento en que el asociado deje de pertenecer a la empresa que genera el vínculo de asociación o por fallecimiento, FondeBucanero automáticamente suspenderá los derechos de cobertura.</p> <p>Cláusula cuarta: Exclusiones: FondeBucanero no realizará indemnizaciones por servicios funerarios contratados por el asociado y/o grupo familiar primario con terceros.</p>					
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>¿Cómo solicitar el servicio exequial de los Olivos a nivel nacional?</p> <p>1) Comunícate a las siguientes líneas de atención gratuitas, las cuales están habilitadas las 24 horas del día: Celular #480 opción 1, 018000180150 o (2) 4862020. 2) Indique su número de cédula y nombre completo. 3) Contar con el certificado de defunción.</p> </div>					
				_____ Firma del asociado	
				_____ Número de identificación	