



RESISTENCIA FINANCIERA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cordial saludo para todos a nombre de Liberty Seguros, Coopschering y Wacolda Les recordamos la enorme importancia de protegerse y proteger a su familia ante un triste evento exequial. Liberty Seguros, les brinda la tranquilidad necesaria para enfrentar esos momentos difíciles con el Seguro Exequial.

VIGILADO

***SERVICIOS GARANTIZADOS**

***FUNERARIA**

- ** Trámites legales y notariales.
- ** Traslado del fallecido.
- ** Tratamiento y conservación del cuerpo.
- ** Coffre fúnebre en propiedad.
- ** Sala de velación con su equipo.
- ** Misa de exequias o rito ecuménico.
- ** Carroza fúnebre.
- ** Cinta impresa.
- ** Arreglo floral para el cofre [1]
- ** Asistente Ejecutiva [1] (solo en Bogotá).

INHUMACION

- * Lote o bóveda en asignación y su adecuación por el tiempo determinado en cada región.
- ** Impuesto distrital o municipal.
- ** Apertura y cierre.
- * Oficina religiosa.
- * Placa Memorial.
- ** Exhumación de restos a la finalización del período de asignación.
- * Urna para los restos.
- * Osario
- * Placa memorial osario.

***CREMACION**

- ** Oficio religioso
- ** Cremación
- ** Urna cenitaria
- ** Cenitario (según disponibilidad, -costumbres y cultura de cada región)
- ** Placa memorial cenitario.

BENEFICIOS DE NUESTROS PLANES

- * La solución de los planes es total: (Funeraria, - Inhumación o Cremación).
- * Prestación de los servicios a nivel nacional.
- * Tranquilidad al momento del evento.
- * Traslado sanitario del fallecido a su lugar de domicilio permanente a nivel nacional.
- * Certificado de Afiliación.

LIBERTY EXEQUIAL

Asistencia y Atención al Cliente Disponible las 24 Horas 365 días del año.

EN BOGOTÁ ----- 307 7007

LÍNEA A NIVEL NACIONAL 01 800 01 16699

PARA MAYOR INFORMACIÓN COMUNIQUESE CON:

COOPERATIVA DE EMPLEADOS LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.

TEL. 2 554365 WACOLDA 6075500

GRUPO BASICO ASEQUIABLE

Casados: se permiten hasta 4 adultos Asegurado Principal y Cónyuge sin límite de edad. Padres o Suegros (máximo 2) sin límite de edad Hijos menores de 30 años. Hijos discapacitados sin límite de edad.

Solteros: se permiten hasta 4 adultos Asegurado Principal y Padres sin límite de edad Hermanos solteros menores de 30 años Hermanos discapacitados Sin límite de edad.

*Dentro del grupo solo pueden ingresar 4adultos, los hijos y hermanos menores de 31 años no tienen límite de Asegurados. Dentro de los 4 adultos, podrán incluir los parentescos relacionados en el cuadro de adicionales menores de 65 años.

***PERSONAS ADICIONALES**

*Tantos como desee el Afiliado Principal con cualquier parentesco de los definidos menores de 65 años.

PARENTESCOS DEFINIDOS

- ** Cónyuge
- ** Abuelos
- ** Hijos
- ** Tíos
- ** Padres
- ** Hermanos
- ** Suegros
- ** Cuñados
- ** Nietos
- ** Primos
- ** Yernos - Nueras

GRUPO FAMILIAR G6

PLAN	GRUPO FAMILIAR	PRECIO MENSUAL ADICIONAL
ESPECIAL	\$ 10.000	\$ 2.500
TRADICIONAL	\$ 7.333	\$ 1.833
BASICO	\$ 4.100	\$ 1.025

PLAN ESPECIAL Corresponde a un servicio homologado a nivel nacional con el nivel de servicio y calidad de las funerarias de alto nivel en cada región o ciudad, que se encuentren en la red de proveedores de Liberty, el destino final se ofrece en Parques cementerios privados o cementerios distritales o municipales.

PLAN TRADICIONAL: Corresponde a un servicio homologado a nivel nacional con el nivel de servicio y calidad de las funerarias intermedias en cada región o ciudad, que se encuentren en la red de proveedores de Liberty, el destino final se ofrece en Parques cementerios privados o cementerios distritales o municipales.

PLAN BASICO: Corresponde a un servicio homologado a nivel nacional con el nivel de servicio y calidad de las funerarias capillas o nivel básico en cada región o ciudad, que se encuentren en la red de proveedores de Liberty, el destino final se ofrece en cementerios distritales o municipales.

FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO: ESTOY INTERESADO EN VINCULARME AL PLAN EXEQUIAL DE LIBERTY SEGUROS

SOLICITUD DE AFILIACION AL PROGRAMA EXEQUIAL

Nombre Asegurado Principal	Fecha de Nacimiento DD MM AA	Edad	No.Cedula	Vigencia
	/ /			
Dir.	TEL.	Celular.		
E-mail	PLAN:	ESPECIAL	TRADICIONAL	BASICO

BENEFICIARIOS

NOMBRE Y APELLIDO	Fecha de Nacimiento		Edad	No.Cedula	PARENTESCO
	DD	MM AA			
	/	/			
	/	/			
	/	/			
	/	/			
	/	/			
	/	/			

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro que lo consignado en esta solicitud es verdad, que mi estado de salud y el de los beneficiarios es normal y que no nos han diagnosticado Cancer ni Sida.
2. Autorizo el descuento por nomina del valor mensual que se genere a mi cargo, por concepto de este programa.

Firma del Solicitante

NOTA: En caso de mi retiro de la entidad autorizo el descuento del saldo vigente de la liquidacion definitiva de mis prestaciones.

Firma del Solicitante

CC. No. _____