

## BENEFICIO SEGURO EXEQUIAL – COMIPOL

Señor(a) Asociado(a):

Por medio del presente, les informamos que la cooperativa **COMIPOL**, como parte de sus beneficios tiene contratada una póliza de seguro que cubre todos los gastos no programados, urgentes y necesarios, hasta por **4 S.M.M.L.V.** que se originan a causa del fallecimiento de alguno de nuestros **Asociados (activos) y su Grupo Básico Familiar**, tales como:

- **Gastos funerarios**
- *Gastos Jurídicos*
- *Gastos de Transportes*
- *Gastos Notariales*
- *Gastos para trámites de Pensiones y Cesantías Gastos de Sucesiones*
- *Gastos de repatriación de cadáveres o cenizas*
- *Gastos de cremación*

Existen dos (2) opciones para hacer uso de la póliza o acceder al servicio:

1. Llamar al #388 desde cualquier celular y solicitar el servicio funerario completo con la funeraria Gaviria hasta por 4 S.M.M.L.V.
2. Realizar la reclamación de los 4 S.M.M.L.V. directamente en las oficinas principales de **Seguros del Estado**, únicamente presentando registro de defunción, registro civil que demuestre parentesco, cédula y carta para erradicar el suceso

**El Grupo Básico Familiar** sin padres, se compone de:

- **Asegurado Principal Casado: Asociado**
  - ✓ *Cónyuge o Compañera Permanente edad máxima de ingreso 65 años*
  - ✓ *Hijos o Hijastros desde el sexto mes de gestación y edad máxima de ingreso de 35 años, con permanencia hasta los 40 años cumplidos.*
  - ✓ *Hijos con incapacidad total y permanente sin límite de edad de ingreso, ni permanencia.*
- **Asegurado Principal Soltero: Asociado**
  - ✓ *Hijos o Hijastros desde el sexto mes de gestación y edad máxima de ingreso de 35 años, con permanencia hasta los 40 años cumplidos.*
  - ✓ *Hijos con incapacidad total y permanente sin límite de edad de ingreso, ni permanencia.*
  - ✓ *Hermanos desde el sexto mes de gestación y edad máxima de ingreso de 35 años, con permanencia hasta los 40 años cumplidos.*

Por lo anterior le solicitamos **diligenciar y responder el presente Formato** con los datos que componen su **Grupo Básico Familiar**, para poder incluirlos en la póliza de seguro exequal, así:

ASEGURADO/BENEFICIARIO	NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	NOVEDAD	TIPO DE DOCUMENTO	PARENTESCO

Fecha de diligenciamiento: D \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Firma del asociado(a)

\_\_\_\_\_  
C.C.