



Cooimea Emergencia Médica

## Declaración de Conocimiento del Área de Cobertura

Para efectos de contratar el servicio de **CEM-COOIMEVA EMERGENCIA MEDICA** declaro que se me ha explicado de manera amplia y suficiente la delimitación geográfica del territorio dentro del cual **COOIMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, presta sus servicios de atención domiciliaria mediante las móviles de **Cooimea Emergencia Médica – CEM**. La cual entendí, y en consecuencia reconozco y declaro que debo encontrarme dentro del Área de Cobertura para poder hacer uso del servicio.

Así mismo me comprometo como **CONTRATANTE**, que en caso de realizar cambio del domicilio principal que registre al momento de contratar el servicio, notificaré a **COOIMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, este cambio de domicilio para validar que dicho domicilio nuevo se encuentre dentro del Área de Cobertura y poder continuar solicitando el servicio.

Llegándose a presentar que el nuevo domicilio elegido por mí se encuentre por fuera del Área de Cobertura, no se me prestará el servicio y las partes deberán dar por terminado el contrato desde el mismo momento que se cambie de domicilio original.

En caso de que **EL CONTRATANTE** haya cancelado más de una cuota mensual por adelantado, **COOIMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.** efectuará a **EL CONTRATANTE** la devolución del 100% de las cuotas pagadas anticipadamente y no causadas. De la anterior devolución se exceptúa el valor de la cuota correspondiente al prepago del mes en que se retira.

Firma: \_\_\_\_\_  
C.C.:

Comprendo y acepto los términos, condiciones y restricciones alusivas al Área de Cobertura y manifiesto mi deseo de contratar el Programa ofrecido.

MP-FT-0926

Cre. Agosto/2015



Cooimea Emergencia Médica

## Declaración de Conocimiento del Área de Cobertura

Para efectos de contratar el servicio de **CEM-COOIMEVA EMERGENCIA MEDICA** declaro que se me ha explicado de manera amplia y suficiente la delimitación geográfica del territorio dentro del cual **COOIMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, presta sus servicios de atención domiciliaria mediante las móviles de **Cooimea Emergencia Médica – CEM**. La cual entendí, y en consecuencia reconozco y declaro que debo encontrarme dentro del Área de Cobertura para poder hacer uso del servicio.

Así mismo me comprometo como **CONTRATANTE**, que en caso de realizar cambio del domicilio principal que registre al momento de contratar el servicio, notificaré a **COOIMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, este cambio de domicilio para validar que dicho domicilio nuevo se encuentre dentro del Área de Cobertura y poder continuar solicitando el servicio.

Llegándose a presentar que el nuevo domicilio elegido por mí se encuentre por fuera del Área de Cobertura, no se me prestará el servicio y las partes deberán dar por terminado el contrato desde el mismo momento que se cambie de domicilio original.

En caso de que **EL CONTRATANTE** haya cancelado más de una cuota mensual por adelantado, **COOIMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.** efectuará a **EL CONTRATANTE** la devolución del 100% de las cuotas pagadas anticipadamente y no causadas. De la anterior devolución se exceptúa el valor de la cuota correspondiente al prepago del mes en que se retira.

Firma: \_\_\_\_\_  
C.C.:

Comprendo y acepto los términos, condiciones y restricciones alusivas al Área de Cobertura y manifiesto mi deseo de contratar el Programa ofrecido.

MP-FT-0926

Cre. Agosto/2015