



Solicitud de Auxilios PAS

No Radicación: _____

Ciudad y Oficina de Reclamo				Incapacidad _____	Hospitalización _____	Evento fue por Accidente?	Si	EPS
				Auxilio Funerario _____	Enfermedad Grave _____		No	
Fecha de Solicitud	Año	Mes	Día	Apellidos(s) y Nombre(s) del Asociado				Cedula
Dirección Residencia				Ciudad			Teléfono	
Dirección Oficina				Teléfono			E-mail	
Apellido (s) y Nombre(s) del Medico Tratante (Excepto para el Auxilio Funerario)				Teléfono			E-mail	
Datos de la Persona Fallecida (En caso de reclamo por Auxilio Funerario de Familiar Directo o Familiar Adicional)								
Apellido (s) y Nombre (s) del Fallecido								
Fecha de Fallecimiento	Año	Mes	Día	Cedula	Parentesco		Edad	
Datos de la Institución Hospitalaria Persona Fallecida (En caso de reclamo por Hospitalización)								
Nombre de la institución					Dirección			
Fecha de Hospitalización	Año	Mes	Día	Teléfono	Tiempo de Hospitalización		Tiempo en Cuidados Intensivos	
Declaro que anexo los siguientes documentos:								
Para Hospitalización					Para Enfermedad Grave			
*Fotocopia de la Historia Clínica, identificando el inicio de la enfermedad. *Factura pagada que sustente el numero de días de Hospitalización o Certificado de Hospitalización de la IPS o la entidad a través de la cual se efectuó el cubrimiento de Hospitalización Domiciliaria en el cual se especifique días de hospitalización en Sala o Piso y/o días de UCI					* Fotocopia de la Historia Clínica, identificando el inicio de la enfermedad *Reporte de Patología (en los casos que aplique)			
Para Auxilio Funerario					Para Incapacidad			
Si el Familiar fallecido es Hijo o Padre o es cónyuge o Compañero permanente: *Registro notarial de Defunción (Copia) Si es Hijo Discapacitado mayor de 30 años Constancia Médica sobre la situación de invalidez o fotocopia de la Historia Clínica Nota: Si tiene el producto adicional Exequial y lleva menos de un año con el producto y el fallecimiento del Familiar Directo es muerte natural, se debe adicionar a los otros documentos copia de la Historia Clínica. Nota: En caso que el Familiar Fallecido este designado como beneficiario de Solidaridad, el Asociado debe realizar la actualización correspondiente a sus Beneficiarios					*Original o fotocopia de la Incapacidad de la EPS o del medico Particular. Este documento debe especificar los días de la incapacidad. *Fotocopia de la Historia Clínica (Validar que esta contenga desde el inicio de la enfermedad) En caso de prorroga debe tener Anexo el Registro de de la justificación de la prorroga o notas de evolución correspondientes cronológicamente a cada período de incapacidad. Si es Incapacidad Permanente: *Original o fotocopia de la Evaluación de Invalidez dada por el Médico Especialista en medicina laboral de la entidad autorizada (EPS,ARP, Aseguradoras y/o Juntas de invalidez). Nota: No obstante a los requisitos anteriores, la administración del Fondo Mutua de Solidaridad podrá solicitar soportes de los entes que considere necesarios para dar concepto al amparo" Nota: - Los documentos de Incapacidad e Historia Clínica deben tener la firma, sello y Código del Médico. - La epicrisis, Constancia de Admisión o Resúmenes no reemplazan la Historia Clínica.			

Autorizaciones					
Diligenciar solo Si NO tiene cuenta Bancoomeva		Pagar Cuota Mes	Traslado a Cuenta Bancoomeva		
Giro _____	Oficina _____	Si _____ No _____	Si _____ No _____	No. _____	Ahorro _____ Corriente _____
<p>Manifiesto que la información por mi suministrada es veraz, completa y exacta y me obligo a suministrar la información y documentos que Coomeva Cooperativa me solicite para confirmar la información registrada en este formulario.</p> <p>Autorizo de manera previa, expresa, informada y explícita a Coomeva Cooperativa para:</p> <p>1). Consultar, procesar, analizar, verificar toda mi información, que haga parte o tenga relación con la presente solicitud, bien sea directamente o por conducto de terceras personas. 2) Autorizo a los Médicos, Profesionales, Entidades de Medicina Prepagada e Instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social en la Salud para que suministren a Coomeva Cooperativa los datos actuales e históricos sobre mi estado de salud y a entregar mi historia clínica, esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento. 3) Autorizo que la decisión frente a la presente solicitud sea informada a mi correo electrónico o mediante mensaje de texto u otros medios tecnológicos equivalentes. 4) Descontar del valor a pagar los valor(es) adeudado(s) a la Cooperativa a cualquier título.</p> <p>Los datos de carácter personal que usted facilite a través de este formato serán objeto de tratamiento por parte de COOMEVA y las Empresas que conforman su Grupo Empresarial por lo cual, su información será almacenada en nuestras bases de datos para las siguientes finalidades: a) Tramitar su actual solicitud, b) Realizar campañas de marketing. c) Envío de correos electrónicos, mensajes de texto y otros medios equivalentes. Usted podrá ejercer los derechos de actualización, rectificación, cancelación, oposición sobre sus datos personales, para lo cual deberá registrar su solicitud en nuestra página web: www.coomewa.com.co opción Contáctenos. La política de tratamiento de datos personales y el aviso de privacidad podrá ser conocida en el portal web www.coomewa.com.co</p>					
Señor asociado es Usted Declarante de Renta?			Si _____ No _____		
Firma del Asociado _____		Cedula _____			
Uso exclusivo de Coomeva					
Forma de pago del Auxilio Funerario	Credito a 48 meses _____ Cuota Vitalicia _____ Cuota Unica _____	Incapacidad es por enfermedad de alto Costo			
		Si _____ No _____			
Apellido(s) y Nombre (s) del Funcionario confirmando que ha recibido los documentos anteriormente seleccionados				Fecha de recibido	

Ciudad, Día ____ Mes ____ Año ____

Señores:

COOMEVA COOPERATIVA

Ciudad

Asunto: Carta de Certificación Declarantes.

Yo _____ mayor de edad, identificado(a)
con cedula de ciudadanía número _____ de _____,
para todos los efectos tributarios manifiesto que soy declarante del impuesto de
Renta.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de _____
a los _____ días del mes de _____ del Año _____.

NOMBRE:

IDENTIFICACIÓN:

TELÉFONO: