



Solicitud de Auxilios PAS

No. _____

Ciudad y Oficina de reclamo		Incapacidad <input type="checkbox"/> Auxilio Funerario <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/> Enfermedad Grave <input type="checkbox"/>	Evento fué por Accidente <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EPS
Fecha de solicitud Año Mes Día	Apellido(s) y Nombre(s) del Asociado				Cédula
Dirección Residencia			Ciudad	Teléfono	
Dirección Oficina			Teléfono	E-mail	
Apellido(s) y Nombre(s) del Médico Tratante (Excepto para el Auxilio Funerario)			Teléfono	E-mail	

Datos de la Persona Fallecida (En caso de reclamo por Auxilio Funerario de Familiar Directo ó Familiar Adicional)

Apellido(s) y Nombre(s) del Fallecido					
Fecha de Fallecimiento Año Mes Día		Cédula		Parentesco	Edad

Datos de la Institución Hospitalaria (En caso de reclamo por hospitalización)

Nombre de la Institución			Dirección		
Teléfono	Fecha de hospitalización Año Mes Día	Tiempo de Hospitalización	Tiempo en Cuidados Intensivos		

Autorizo a Coomeva realizar el pago de la siguiente forma:

(Diligenciar solo si NO tiene Cuenta Bancoomeva)	Pagar cuota mes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Traslado a Cuenta Bancoomeva Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. _____	Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Giro <input type="checkbox"/> Oficina: _____			
<p>En caso de encontrarme atrasado con mis obligaciones estatutarias con Coomeva, autorizo para que del pago de este Auxilio se descuenten las mismas.</p> <p>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 la Administración del Fondo 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 y acepto las preexistencias contenidas en esta información para que los utilicen en todos los actos implícitos del servicio en cualquier momento .</p> <p>Firma Asociado: _____ C.C.: _____</p>			

Uso exclusivo de Coomeva

Forma de pago del Auxilio Funerario	Crédito a 48 meses <input type="checkbox"/> Cuota Vitalicia <input type="checkbox"/> Cuota Unica <input type="checkbox"/>	Incapacidad es por enfermedad de alto costo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Apellido(s) y Nombre(s) del Funcionario que recibe		Fecha de recibido Año Mes Día

SS-FT-006(Anverso)

Mod.Junio/2013

Declaro que anexo los siguientes documentos:

Para Auxilio Funerario	Para Incapacidad
<p>Si el Familiar fallecido es Hijo o padre o es Cónyuge o Compañero Permanente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Registro Notarial de Defunción. (Original o Copia). <p>Si es Hijo Discapacitado mayor de 30 años: Constancia Médica sobre su situación de invalidéz o fotocopia de la Historia Clínica.</p> <p>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.</p> <p>Nota: En caso que el Familiar fallecido esté designado como Beneficiario de Solidaridad, el Asociado debe realizar la actualización correspondiente a sus Beneficiarios.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Original o fotocopia de la Incapacidad de la EPS o del Médico Particular. Este documento debe especificar los días de la incapacidad.2. Fotocopia de la Historia Clínica. (validar que esta contenga desde el inicio de la enfermedad). <p>En caso de Prórroga debe tener Anexo el Registro de la justificación de la prórroga o notas de evolución correspondientes cronológicamente a cada período de incapacidad.</p> <ul style="list-style-type: none">- Si es Incapacidad Permanente: Original o fotocopia de la Evaluación de Invalidéz dada por el Médico Especialista en medicina laboral de la entidad autorizada (EPS,ARP, Aseguradoras y/o Juntas de invalidéz).- Si es Incapacidad por Accidente de Transito: Si la Incapacidad es ocasionada por Accidente de Transito debe adjuntar a los documentos anteriores el Original o Copia del comparendo del accidente. <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.
Para Hospitalización	Para Enfermedad Grave
<ul style="list-style-type: none">- Fotocopia de la Historia Clínica, identificando el inicio de la enfermedad.- Factura Pagada que sustente el número de días de Hospitalización o Certificado de Hospitalización de la IPS o la Entidad a través de la cual se se efectuó el cubrimiento de Hospitalización Domiciliaria en el cual se especifique días de Hospitalización en Sala o Piso y/o días de UCI.	<ul style="list-style-type: none">- Fotocopia de la Historia Clínica, identificando el inicio de la enfermedad.- Reporte de Patología (en los casos que aplique).
<p>El documento diligenciado por el Asociado, debe estar sin enmendaduras ni tachones. La veracidad de los documentos presentados es responsabilidad del Asociado.</p> <ul style="list-style-type: none">- Para el pago de cualquier Auxilio, los documentos enviados del Exterior, deben venir apostillados, solo si el valor de la liquidación del Auxilio es mayor a 19 SMMMLV.	