

## Anexo: Otro Si Preexistencias Cooameva Medicina Prepagada S.A.

Fecha iniciación Contrato

Apellido(s) y Nombre(s) del Contratante

Cédula

Año Mes Día

**Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, de conformidad con los artículos 1 y 2 del Decreto 1222 de 1994, 21 del Decreto 806 de 1994 y demás normas que los sustituyan o modifiquen, anexa al contrato suscrito con **El Contratante**, cuyo nombre e identificación aparecen al pie de su firma, las Preexistencias y Exclusiones preestablecidas de acuerdo con la declaración de salud, examen de ingreso o ayudas diagnósticas, aportadas previamente en el proceso de contratación y solicitud de ingreso:

Por lo tanto **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, no asumirá responsabilidad ni cobertura alguna en relación con las siguientes patologías previamente halladas y declaradas en relación con los siguientes Usuarios:

Plan y Programa	Apellido(s) y Nombre(s) del Usuario	Tipo y No. Documento Identidad	Patología Preexistente

Con el presente documento **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, pone en conocimiento del **Contratante** y sus **Usuarios** las patologías preexistentes anteriormente mencionadas a efectos de eximirse de cualquier cobertura y asunción de responsabilidad en relación con las mismas.

En consecuencia, el **Contratante** declara que ha sido notificado de dichas patologías en relación de los Usuarios respectivos inscritos en este Contrato, reconociendo y aceptando las condiciones contractuales que estas conllevan, especialmente la referida a la no obligación de **Cooameva Medicina Prepagada S.A.**, de dar cobertura alguna con relación a las mismas.

En señal de conocimiento, reconocimiento y aceptación y para constancia; el presente documento se firma en dos (2) ejemplares del mismo tenor, por las partes comprometidas los \_\_\_\_\_ días, del mes \_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Cooameva Medicina Prepagada  
Representante Legal  
NIT. 805-009-741-0

\_\_\_\_\_  
El Contratante  
Nombre(s) y Apellido(s)  
C.C. / NIT