



Coomeva Emergencia Médica

Declaración de Conocimiento del Área de Cobertura

Declaro que se me ha explicado de manera amplia y suficiente la delimitación geográfica del territorio dentro del cual **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, presta sus servicios de Atención Domiciliaria a los Usuarios inscritos bajo el Contrato celebrado por mí. En consecuencia reconozco, acepto y declaro que los Usuarios objeto del Contrato deberán siempre encontrarse dentro del Área de Cobertura para poder hacer uso del servicio.

Así mismo me comprometo como **Contratante** de **Coomeva Emergencia Médica**, que en caso de realizar cambio del domicilio principal, notificaré a **Coomeva Medicina Prepagada S.A.** con la finalidad de que la misma verifique que el nuevo domicilio se encuentre dentro del Área de Cobertura y continuar con la debida atención a los usuarios inscritos bajo mi Contrato.

Si como resultado del cambio de domicilio alguno o todos los Usuarios se encontrasen por fuera del Área de Cobertura; el Contrato deberá terminarse de manera general para todos o para el Usuario que quede sin Cobertura.

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.