



Solicitud Plan Educativo

Información Personal Asociado						
Fecha de Solicitud Año Mes Día		Apellido(s) y Nombre(s) del Asociado			Documento de Identidad	
Fecha de Nacimiento Año Mes Día		Edad	Profesión/Ocupación		E-mail	
Dirección de Residencia			Ciudad	Barrio	Teléfono/Cel.	
Dirección Oficina			Teléfono/Celular	Peso	Estatura	Nombre de la EPS

Solicitud valor de Protección Plan Educativo (Educación Superior, Educación Básica Escolar y Desempleo, Disminución de Ingresos)

	Incremento	Disminución	Valor Protección	Cuota Mes	Plazo
Plan Educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	_____
Plan Educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	_____
Plan Educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	_____

PE= Beneficiario (Persona Beneficiaria del Plan Educativo designada por el Asociado-corresponde a un solo Beneficiario por Producto)

No.	Identificación		Parentesco con el Asociado	Apellido(s) y Nombre(s) del Beneficiario	Plazo	Fecha Nacimiento			Sexo	
	Número	Tipo				Año	Mes	Día	F	M
1										
2										
3										

BS= Beneficiario Sustituto (Persona que recibe el Amparo en favor del Beneficiario del Plan Educativo, solo en caso de que éste sea menor de edad)

No.	Identificación		Parentesco con el Beneficiario	Apellido(s) y Nombre(s) del Beneficiario Sustituto	Plazo	Teléfono/Celular	Fecha Nacimiento			Sexo	
	Número	Tipo					Año	Mes	Día	F	M
1											
2											
3											

Según reglamentación del servicio, el Asociado es responsable de la veracidad de la información de los Datos Básicos de los Beneficiarios, por lo cual la Cooperativa no se responsabiliza si el Beneficiario no queda registrado correctamente en el Sistema de Información.

Anexar con esta Solicitud la Declaración de Salud entregada por el Funcionario de Coomeva.

- * La disminución de la Protección rige a partir del primer día posterior al corte de Facturación del Asociado.
- * Es responsabilidad del Asociado asegurar que la fecha de Nacimiento registrada en este documento corresponde a la identificada en su Documento de Identidad.
- * Certifico que los Datos de Información Personal aquí registrada es veraz y autorizo su actualización en el sistema de la Cooperativa.
- * Los efectos de esta modificación de Valores de Protección están sujetos a los lineamientos del Reglamento para la Prestación del Servicio de Previsión, Asistencia y Solidaridad vigente.

Nota: Los datos de carácter personal que usted facilita a través de este formulario serán objeto de tratamiento por parte de (GRUPO EMPRESARIAL COOPERATIVO COOMEVA y las Empresas que conforman su Grupo Empresarial) ; por lo cual, su información será almacenada en nuestra Base de Datos para las siguientes finalidades: a) Tramitar su actual solicitud , b) Realizar campañas de Marketing , c) Envíos de correos electrónicos, mensajes de texto y otros medios equivalentes, d) Compartirlas con las Empresas del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva o con otras Entidades de naturaleza Pública o Privada con las cuales unas o varias de las Empresas tengan alianzas o acuerdos comerciales, e) Solicitar a los Médicos Profesionales, Entidades e Instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social en la Salud el suministro de 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 las utilicen en todos los actos implícitos del servicio en cualquier momento. Así mismo, declaro bajo juramento reconocer y aceptar el Reglamento para la prestación de los servicios de Previsión, Asistencia y Solidaridad el cual se encuentra publicado en la página Web de la Cooperativa, usted podrá ejercer los derechos de actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales, para lo cual deberá registrar su solicitud en nuestra página web: www.coomeva.com.co opción Contáctenos.

Apellido(s) y Nombre(s) del Asociado:
C.C.:

Firma del Asociado

Apellido(s) y Nombre(s) Funcionario Coomeva: