

## Solicitud de Amparo por Perseverancia

(Plan Básico y Solvencia entre 2 y 15 Años)

No. \_\_\_\_\_

### Datos Personales

Fecha de Solicitud Año   Mes   Día	Apellido(s) y Nombre(s) del Asociado Perseverante		Cédula
Fecha de Nacimiento Año   Mes   Día	Edad	E-mail	
Dirección de Residencia	Ciudad	Barrio	Teléfono/Cel.
Dirección Oficina	Ciudad	Barrio	Teléfono/Cel.

### Autorización de Descuentos

### Edad de Perseverancia

<p>En caso de encontrarme atrasado con mis obligaciones estatutarias con Cooameva, autorizo para que del pago de este Amparo se descuenten las mismas en:</p> <p><b>Pagar Cuota Mes:</b></p> <p>Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Firma del Asociado: _____</p>	Perseverancia 60 Años <input type="checkbox"/>	Perseverancia Especial <input type="checkbox"/>
	Perseverancia 62 Años <input type="checkbox"/>	Solvencia <input type="checkbox"/>
	Perseverancia 65 Años <input type="checkbox"/>	Solvencia Especial <input type="checkbox"/>
	<p><b>Solicita devolución de los Valores de Rescate de la línea vida.</b> (Solo si el plan básico fue tomado a partir del 1 de enero de 2011)</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	

Señor Asociado, para el Pago del Amparo de Perseverancia diligencie una de las dos opciones:

### Opción I : Pago Unico directamente al Asociado

Valor del Amparo a pagar: \$ _____	<b>Forma de pago del Amparo al Asociado</b>	
	(Diligenciar solo si <b>NO</b> tiene Cuenta de Bancoomeva)	Traslado a Cuenta de Bancoomeva
	Giro <input type="checkbox"/> Oficina: _____	Si <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/> No. _____ Corriente <input type="checkbox"/>

Si toma la **Opción II** debe diligenciar la información y el cuadro de distribución de la parte posterior de este formato.

### Características de Pago

1. El Asociado reconoce y acepta que una vez otorgado el Amparo de Perseverancia del Plan Básico ó de su Solvencia entre 2 y 15 años, no tendrá derecho al Amparo por Muerte ni a los relacionados con incapacidades correspondiente al Plan de Perseverancia solicitada. (Reglamento del Servicio Mutual de Previsión, Asistencia y Solidaridad), Asociados con fecha de ingreso al Fondo hasta el 31 de Diciembre de 2010.

2. La designación de Beneficiarios en este documento solo aplica para el pago del Amparo de Perseverancia.

3. Una vez otorgado el Amparo de Perseverancia del Plan Básico ó Solvencia entre 2 y 15 años e Ingreso al Fondo hasta el 31 de Diciembre de 2010, el Asociado puede continuar vinculado a la Cooperativa, en tal caso los familiares solo podrán beneficiarse del Auxilio por Gastos Funerarios en caso de Muerte del Asociado, o éste del Auxilio por muerte del Familiar Directo, si ha efectuado las contribuciones establecidas para acceder al Fondo de Auxilio Funerario.

Para los casos que el Asociado ingrese al Fondo o realizó incremento a partir del 1o. de Enero/2011 y continúa en el Fondo Mutual de Solidaridad, el Asociado tendrá derecho a:

- Amparo por Muerte Natural o Accidental hasta la edad de fallecimiento y liquidada con el promedio de los últimos 6 meses del valor de protección alcanzada.
- Auxilio Funerario de Asociado hasta la edad de fallecimiento ó hasta que se retire de la Cooperativa.
- Segunda Opción Médica hasta la fecha de fallecimiento ó hasta que se retire de la Cooperativa.

Para todos los Asociados a los que se les esté pagando la última Perseverancia y continuen vinculados a la Cooperativa, tendrán derecho al Auxilio de Protección extendida Muerte (Cobertura de Muerte Natural o Accidental), del cuál se podrán beneficiar sus Beneficiarios designados, esta Cobertura NO tendrá ningún costo para el Asociado.

## Opción II : Pago Único a nombre del Asociado y los Beneficiarios designados ( Personas Naturales )

Distribución entre el Asociado y los Beneficiarios para el pago del Amparo de Perseverancia del **Plan Básico ó Solvencia entre 2 y 15 Años.**  
(Diligenciar solo si selecciona la opción II)

Valor de Protección: \$ \_\_\_\_\_ Valor Capitalizado: \$ \_\_\_\_\_

Asoc.	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Identificación		Valor a Pagar	No.Cuenta Bancoomeva	Cheque		
				Tipo	Número			No. Ofic.		
Persona Natural Designada	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Identificación		Valor a Pagar	Declarante de Renta	No.Cuenta Bancoomeva	Cheque	
				Tipo	Número				No. Ofic.	
	Dirección			Teléfono/Celular		Ciudad	e-mail			
Persona Natural Designada	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Identificación		Valor a Pagar	Declarante de Renta	No.Cuenta Bancoomeva	Cheque	
				Tipo	Número				No. Ofic.	
	Dirección			Teléfono/Celular		Ciudad	e-mail			
Persona Natural Designada	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Identificación		Valor a Pagar	Declarante de Renta	No.Cuenta Bancoomeva	Cheque	
				Tipo	Número				No. Ofic.	
	Dirección			Teléfono/Celular		Ciudad	e-mail			
Persona Natural Designada	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Identificación		Valor a Pagar	Declarante de Renta	No. Cuenta Bancoomeva	Cheque	
				Tipo	Número				No. Ofic.	
	Dirección			Teléfono/Celular		Ciudad	e-mail			

- \* Los Beneficiarios asignados para la reclamación del Amparo de Perseverancia no aplican para ningún otro Amparo.
- \* El Valor Capitalizado se aplica para cálculo de la Retención en la Fuente cuando la protección se va a distribuir al Asociado.

### Documentos Requeridos

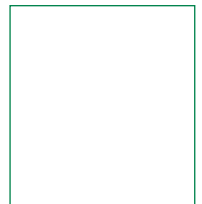
Asociado:	Beneficiario (solo en caso de escoger la opción II) :
<p>1. El presente formulario diligenciado y firmado, el cual contiene la carta de Paz y Salvo.</p> <p><b>Nota:</b> Si el documento de identidad del Asociado vigente está digitalizado por Coomeva, NO se requiere para el trámite del Amparo.</p>	<p>1. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía.</p> <p>2. Diligenciar Carta Declarante, si aplica.</p>

### Firma de Aceptación

**Paz y Salvo:** Acepto que me ha sido informado y estoy de acuerdo que por motivo de esta reclamación afectará mi Valor de Protección de acuerdo al(l) Plan(es) tomado(s). Que una vez realizado el pago de que trata el presente Auxilio en la cuantía mencionada, este documento surtirá los efectos de Paz y Salvo para Coomeva por el Amparo correspondiente, el cual no se tendría en cuenta para reclamaciones futuras de acuerdo al Reglamento de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad, en consecuencia, cesan las obligaciones del Fondo Mutual de Solidaridad en relación con éste Auxilio a partir de la suscripción del presente documento. Adicionalmente certifico que fui informado que el Pago en la cuantía anteriormente mencionada, podrá sufrir disminución por autorizaciones previas realizadas (cruce con facturación) e impuestos que graven el Amparo de acuerdo a la Norma Tributaria Vigente.  
Como constancia de haber leído cuidadosamente, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo el presente documento.

Los datos de carácter personal que usted facilite a través de este formato serán objeto de tratamiento por parte del GRUPO EMPRESARIAL COOPERATIVO 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](http://www.coomewa.com.co) opción Contáctenos.

Firma del Asociado: \_\_\_\_\_ C.C.



### Espacio para la Cooperativa

Apellido(s) y Nombre(s) del Funcionario que recibe			Firma : _____ C.C.
Oficina de Radicación	Fecha de Radicación Año   Mes   Día		