

Solicitud de Auxilios PAS

No. Radicación : _____

Ciudad y Oficina de Reclamo		Marque el Amparo a reclamar Incapacidad <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Auxilio Funerario <input type="checkbox"/> Enfermedad Grave <input type="checkbox"/>		Evento fué por Accidente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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	

* Por favor relacionar teléfonos de fácil contacto, dado que puede ser necesario contactarlo para realizar los pagos.

Si su reclamación es por Hospitalización, por favor diligencie los siguientes campos:

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

Si su reclamación es por Auxilio Funerario, por favor diligencie los siguientes campos:

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

Declaro que anexo los siguientes documentos:

Para Hospitalización		Para Enfermedad Grave
<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de la Historia Clínica donde se identifique desde cuando usted tiene la enfermedad, con firma, sello y código del Médico. <input type="checkbox"/> - Cualquiera de los siguientes documentos donde se especifique el número de días de hospitalización en sala o piso y/o días de UCI: <ul style="list-style-type: none"> . Factura pagada por el servicio de hospitalización. . Certificado de hospitalización de la Entidad que prestó el servicio. 	Nota: Para todos los amparos, la epícrisis, constancia de admisión o resultados de exámenes no reemplazan la Historia Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de la Historia Clínica donde se identifique desde cuando Usted tiene la enfermedad, con firma, sello y código del Médico. <input type="checkbox"/> - Para diagnósticos de Cáncer, fotocopia del reporte de Patología. (No debe ser reporte de Biopsia, debe el reporte donde el Patólogo identifica después de haber retirado el tumor, qué tipo de Cáncer tiene el Paciente). <input type="checkbox"/>
Para Auxilio Funerario		Para Incapacidad
<ul style="list-style-type: none"> - Si el Familiar Fallecido es hijo, padre, cónyuge o compañero permanente: - Fotocopia del Registro Notarial de defunción. <input type="checkbox"/> - Constancia Médica o fotocopia de Historia Clínica con firma, sello y código del Médico, donde se declare la condición de discapacidad (para hijos en condición de discapacidad mayores a 30 años). <input type="checkbox"/> <p>Nota: Si el Asociado tiene el producto Exequial, lleva menos de un año con el mismo y el fallecimiento del Beneficiario fue por Muerte Natural, adicionar fotocopia de la Historia Clínica con firma, sello y código del Médico.</p> <p>Nota: En caso de que el Familiar Fallecido esté designado como Beneficiario de Solidaridad, el Asociado debe realizar la actualización de sus Beneficiarios.</p>	Nota: Para todos los amparos, la epícrisis, constancia de admisión o resultados de exámenes no reemplazan la Historia Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> - Original o fotocopia de la Incapacidad de la EPS o del Médico Particular, donde se especifiquen los días de la incapacidad con firma, sello y código del Médico. <input type="checkbox"/> - Fotocopia de la Historia Clínica donde se identifique desde cuando Usted tiene la enfermedad, con firma, sello y código del Médico. <input type="checkbox"/> - Registro de la justificación de la Prórroga o Notas de Evolución correspondientes cronológicamente a cada periodo de Incapacidad. (En caso de Prórroga). <input type="checkbox"/> - Si es Incapacidad Permanente Original o fotocopia de la Evaluación de Invalidez dada por el Médico Especialista en Medicina Laboral de la Entidad autorizada (EPS, ARP, Aseguradoras y/o Juntas de Invalidez). <input type="checkbox"/> <p>Nota: No obstante a los requisitos anteriores, la administración del Fondo Mutual de Solidaridad podrá solicitar soportes de los Entes que considere necesarios para dar concepto al amparo"</p>

Elija la forma en la que desea recibir el Pago del Amparo

Traslado a Cuenta Bancoomeva

Ahorro

No. _____

Corriente

Giro a Oficina de Bancoomeva
(Solo aplica si no tiene Cuenta en Bancoomeva)

Oficina de Bancoomeva: _____

Señor Asociado es Usted declarante de renta? Sí NO

Pagar Cuota Mes? Sí NO

Manifiesto que la información por mi suministrada es veraz, completa y exacta y me obligo a suministrar la información y documentos que **Coomeva Cooperativa** me solicite para confirmar la información registrada en este formulario.

Autorizo de manera previa, expresa, informada y explícita a **Coomeva Cooperativa** para:

- 1) Consultar, procesar, analizar, verificar toda mi información, que haga parte o tenga relación con la presente solicitud, bien sea directamente o por conducto de terceras personas.
- 2) 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 **Coomeva Cooperativa** 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.
- 3) Autorizo que la decisión frente a la presente solicitud sea informada a mi correo electrónico o mediante mensaje de texto u otros medios tecnológicos equivalentes.
- 4) Descontar del valor a pagar los valor(es) adeudado(s) a la **Cooperativa** a cualquier título.

Los datos de carácter personal que usted facilite a través de este formato serán objeto de tratamiento por parte de **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.coomeva.com.co opción Contáctenos.

La política de tratamiento de datos personales y el aviso de privacidad podrá ser conocida en el portal web www.coomeva.com.co

Firma Asociado: _____

C.C.: _____

Señor Asociado, recuerde que para mayor comodidad puede radicar sus Amparos de Incapacidad Temporal, Auxilio Funerario Familiar y Desempleo, enviando este formato escaneado (totalmente diligenciado) y los documentos soporte según el Tipo de Amparo, al correo electrónico amparossolidaridad@coomeva.com.co o a través de www.solidaridad.coomeva.com.co.