

# SOLICITUD DE AMPARO POR INCAPACIDAD TEMPORAL A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB



## DATOS GENERALES

Fecha de solicitud	Año	Mes	Día	Apellidos y nombres del Asociado	No. Identificación	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Dirección			Ciudad	Nombre de EPS	Cotizante
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	Beneficiario
	Correo electrónico			Teléfonos*		
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		

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

Apellidos y nombres del médico tratante	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL AMPARO

Traslado a cuenta Bancoomeva		Giro a oficina de Bancoomeva (Solo aplica si NO tiene cuenta en Bancoomeva)	
Tipo de Cuenta	Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Oficina Bancoomeva	<input type="text"/>
Número de cuenta	<input type="text"/>		

Señor Asociado ¿Usted es declarante de renta?	Sí <input type="checkbox"/>
	No <input type="checkbox"/>

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

Autorizo de manera previa, expresa, informada y explícita a Cooimea 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 Cooimea 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.cooimea.com.co](http://www.cooimea.com.co) opción Contáctenos.

La política de tratamiento de datos personales y el aviso de privacidad podrá ser conocida en el portal web [www.cooimea.com.co](http://www.cooimea.com.co)

Firma Asociado

No. Identificación