

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"/> <input type="checkbox"/>	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 ser 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: <ul style="list-style-type: none"> Fotocopia del Registro Notarial de Defunción. <input type="checkbox"/> Si el familiar fallecido es hijo mayor de 30 años en condición de discapacidad, constancia médica o fotocopia de Historia Clínica, con firma, sello y código del Médico donde se declare la condición de discapacidad. <input type="checkbox"/> <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 <input type="checkbox"/>	Giro a Oficina de Bancoomeva (Solo aplica si no tiene Cuenta en Bancoomeva)
No. _____	Corriente <input type="checkbox"/>	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 **Cooomeva Cooperativa** me solicite para confirmar la información registrada en este formulario.

Autorizo de manera previa, expresa, informada y explícita a **Cooomeva 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 **Cooomeva 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)** Envié 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.cooomeva.com.co opción Contáctenos**
La política de tratamiento de datos personales y el aviso de privacidad podrá ser conocida en el portal web **www.cooomeva.com.co**

Firma Asociado: _____ C.C.: _____

Señor Asociado, recuerde que para mayor comodidad puede radicar sus solicitudes de amparos de Incapacidad temporal, Auxilio Funerario Familiar y Desempleo, enviando el formato y los documentos requeridos, según el tipo de amparo, al correo electrónico **amparossolidaridad@coomeva.com.co** o a través de **www.solidaridad.cooomeva.com.co**, sitio desde donde podrá descargar los formatos pertinentes para cada amparo y consultar los documentos soporte requeridos.

Igualmente, recuerde que su **Plan Básico de Protección** le reembolsa lo que usted o sus familiares directos inscritos (padres, hijos o cónyuge) paguen por los medicamentos prescritos en caso de hospitalización o urgencia médica así: **1)** Hasta \$400.000 para cubrir el reembolso de los medicamentos que hayan sido prescritos en caso de Hospitalización, incluyendo Hospitalización en casa. Dentro de esta cobertura se amparan los medicamentos prescritos en caso de Cirugía Ambulatoria hasta por \$100.000*. **2)** Hasta \$150.000 para cubrir el reembolso de los medicamentos ambulatorios que hayan sido prescritos en caso de tener una Urgencia Médica, incluye los medicamentos prescritos por cualquier servicio de Emergencia Médica Domiciliaria. Se cubre también el copago que se deba pagar por la atención médica.

*Este monto opera como sublímite de la cobertura de \$400.000 de reembolso por Hospitalización.

Le invitamos a conocer en detalle los topes, condiciones y restricciones de la Cobertura, así como el proceso para presentar la reclamación del amparo en **www.solidaridad.cooomeva.com.co**, o consultando con nuestros Asesores Integrales.

Espacio para la Cooperativa		
Apellido(s) y Nombre(s) del Funcionario que recibe	Oficina de Radicación	Fecha de Radicación
		Año Mes Día