



Informe de Reclamación Auxilios por Muerte Asociado

No. _____

Fecha Solicitud Año Mes Día	Apellido(s) y nombre(s) del Asociado Fallecido	Documento de Identidad
Apellido(s) y Nombre(s) del Reclamante	Documento Identidad	Parentesco con el Asociado
Dirección del Reclamante	Teléfono(s)/ Cel.	E-mail
Dirección e-mail:	Oficina de Giro para el pago del Auxilio	

Datos Generales del Siniestro

Fecha del Siniestro Año Mes Día	Tipo de Muerte Natural <input type="checkbox"/> Accidental <input type="checkbox"/>	Edad Asociado	Causa del Fallecimiento
Relate los hechos del Siniestro (donde, cuando, cómo): _____ _____ _____			
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.cooameva.com.co opción Contáctenos.			
Firma del Reclamante: _____		C.C.: _____	

Beneficiarios del Auxilio por muerte Asociado

Apellido(s) y nombre(s) del Beneficiario	Parentesco con el Asociado	Documento de Identidad	Declarante de Renta
Dirección del Beneficiario	Teléfonos/Celular	Oficina de Giro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Apellido(s) y nombre(s) del Beneficiario	Parentesco con el Asociado	Documento de Identidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dirección del Beneficiario	Teléfonos/Celular	Oficina de Giro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Apellido(s) y nombre(s) del Beneficiario	Parentesco con el Asociado	Documento de Identidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dirección del Beneficiario	Teléfonos/Celular	Oficina de Giro	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Apellido(s) y Nombre(s) del Funcionario	Firma: _____	Fecha de Radicación Año Mes Día
---	--------------	--

Documentos Requeridos

Documentos del Asociado Fallecido

. En caso de Muerte Natural:

Registro Notarial de Defunción . (Original o Copia)
Fotocopia de la Historia Clínica. (Validar que contenga desde el inicio de la enfermedad).

. Documentos de los Beneficiarios

Fotocopia del documento de identidad.

Si un Beneficiario es menor de edad y no tiene los padres vivos o el que se encuentre vivo no tiene la patria potestad del menor se debe anexar los siguientes documentos correspondientes al Tutor o Curador del mismo:

- Fotocopia del documento de identidad del Tutor o Curador.
- Original de la Sentencia o fallo del Juez, con el nombramiento del Tutor o Curador.
- Fotocopia del Registro Civil de Nacimiento del menor de edad.
- Original de la Sentencia o fallo del Juez, donde se resuelve la pérdida de la patria potestad (solo en caso de que el padre vivo no tenga la patria potestad del menor).

Si un Beneficiario es menor de edad y tiene uno de los padres vivos y éste tiene la Patria Potestad y Representación Legal del menor debe anexar los siguientes documentos:

- Fotocopia del documento de identidad del padre.
- Copia del Registro Civil de Nacimiento del menor de edad.

. En caso de Muerte Accidental:

Registro Notarial de Defunción (Original o Copia).
Certificado de la Fiscalía donde cursa el caso.

En caso de Muerte Accidental por accidente de tránsito.

Adjuntar todos los documentos relacionados en el punto anterior.
Copia del comparendo del accidente.
Prueba de alcoholemia.

En caso de Muerte Presunta:

Registro Notarial de defunción (Original o copia).
Original de Sentencia del Juzgado donde se declara la muerte presunta.

Nota: Si el documento de identidad del Asociado vigente está digitalizado por Coomeva **NO** se requiere para el trámite del Amparo.

Auxilio de Gastos Funerarios

El Fondo pagará un Auxilio por una suma equivalente a 9 SMMLV del Plan Básico y si el Asociado ha elegido la Cobertura Adicional de este Auxilio, se pagará esta Protección Complementaria a:

- Quien demuestre que incurrió en los gastos funerarios del Asociado fallecido, para lo cual debe presentar la factura original con sello de cancelado de la Empresa que prestó los servicios y el valor a pagar es el que aparece registrado en la factura y el excedente si lo hubiere a los Beneficiarios de Solidaridad en la proporción designada por el Asociado y a falta de éstos a los herederos de ley.
- Si el servicio del gasto funerario fué tomado en otra Entidad o con un servicio exequial prepago donde el Asociado sea el Contratante, este Auxilio se le pagará a los Beneficiarios de Solidaridad inscritos en la proporción designada por el Asociado y a falta de estos a los herederos de Ley, para lo cual debe presentar el Certificado de la Entidad que prestó el Servicio Funerario.