



SOLICITUD UNICA DE RECLAMACIÓN DE AMPAROS

Tipo de solicitante Asociado Beneficiario Fecha de Solicitud:

DATOS GENERALES DEL ASOCIADO

Tipo documento	Número de documento	Apellido(s) y Nombre(s) del asociado:		
Dirección Residencia:		Ciudad:	Departamento:	
Correo electrónico:		Teléfono fijo:	Celular:	

Diligencia la siguiente información solo si la solicitud es para cobertura de un familiar directo.

Parentesco del beneficiario:	Nombre del beneficiario:	Documento identidad Beneficiario
------------------------------	--------------------------	----------------------------------

INFORMACIÓN DEL EVENTO

Fecha del Evento

Descripción del Evento: (Que sucedió, dónde y cómo)

AMPARO A SOLICITAR

A continuación seleccione el amparo o amparos que considera aplican para el evento:

Incapacidad Permanente Hospitalización Aux. Funerario Familiar
Incapacidad Temporal Desempleo Medicamentos/copago
Enfermedad Grave Disminución de Ingresos

INFORMACIÓN PARA EL PAGO

Elija a continuación la forma en la que desea recibir su pago.

Traslado a cuenta Bancoomeva. Ahorro <input type="checkbox"/> N°. Corriente <input type="checkbox"/>	Giro a Oficina de Bancoomeva. (solo aplica si no tiene cuenta Bancoomeva) Oficina de Bancoomeva _____
--	--

¿Señor Asociado es usted declarante de renta? Si No

Firma del Asociado _____ C.C. _____

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

AUTORIZACIONES: Autorizo a Coomeva Cooperativa y a las Entidades que pertenezcan a su Grupo Empresarial o que llegare a pertenecer o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor, en forma permanente e irrevocable, para:

- 1) Consultar, suministrar, intercambiar y/o remitir entre ellas la información, los anexos y soportes que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación asociativa y comercial con dichas entidades, actualizaciones o cualquier otro tipo de información acerca de la transparencia y licitud de mis actividades, para que analicen, evalúen y concluyan sobre mis hábitos y tendencias y para la realización de pruebas de mercado.
- 2) Consultar, procesar, analizar, verificar la información por mi reportada o que haga parte o tenga relación con la presente solicitud, incluyendo mi información laboral o de prestación de servicios, bien sea directamente o por conducto de terceras personas ante cualquier Persona Natural o Jurídica, Privada o Pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial Coomeva.
- 3) Consultar y acceder a mi historia clínica, para lo cual podrá solicitar a Médicos, Profesionales, Entidades de Medicina Prepagada e Instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social en la Salud para que suministren 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.
- 4) Notificar la decisión frente a la presente solicitud a mi correo electrónico o mediante mensaje de texto u otros medios tecnológicos equivalentes.
- 5) Descontar del valor a recibir el(los) valor(es) adeudado(s) a la Cooperativa a cualquier título. En caso de retiro de la Cooperativa los dineros a mi favor podrán utilizarse para cubrir mis obligaciones vencidas con otras entidades del Grupo Empresarial.

FINALIDAD: Los datos de carácter personal que usted facilite a través de este formulario serán objeto de tratamiento por parte de Coomeva Cooperativa y las Empresas que conforman su Grupo Empresarial; por lo cual, su información será almacenada en nuestra base 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, d) Compartirlos con las Empresas del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva o con otras Entidades de naturaleza pública o privada con las cuales unas o varias de las Empresas tengan alianzas o acuerdos comerciales. Su información personal de carácter sensible, solo será utilizada para tramitar su solicitud.

Usted podrá ejercer los derechos de actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales, para lo cual deberá registrar su solicitud en nuestra página web: www.coomева.com.co opción Contáctenos.

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

OBSERVACIONES

Durante el periodo de emergencia Sanitaria declarada por el COVID-19 el Fondo Mutual de Solidaridad entregará los siguientes beneficios a los asociados afectados:

- * **AUXILIO ECONÓMICO POR MEDICAMENTOS:** Hospitalización mayor a 24 horas (\$600.000 año). Por cirugía ambulatoria (\$200.000 año). Por urgencias y copagos por urgencias (\$200.000 año)
- * **AUXILIO POR DESEMPLEO:** Disminuye el periodo de carencia de 24 meses a 6 meses y 6 contribuciones pagadas. Disminuye el periodo mínimo entre reclamaciones, de 12 meses a 6 meses. Las rentas se otorgan por antigüedad y se adicionan dos rentas a la actual cobertura, por \$774.229 mensuales.
- * **DISMINUCIÓN DE INGRESO INDEPENDIENTES:** Disminuye el Periodo de carencia de 24 meses a 6 meses y 6 contribuciones pagadas. Disminuye periodo mínimo entre reclamaciones de 12 meses a 6 meses. Para asociados independientes con disminución de ingresos de al menos un 60% por tres meses continuos, comparado con el promedio de lo recibido el año anterior, se otorgará cobertura adicional de hasta dos rentas por \$774.229 cada una.
- * **AUXILIO FUNERARIO FAMILIAR ASOCIADO:** Cobertura para familiares directos (padres, cónyuge e hijos) mayores de 70 años no inscritos, de hasta tres SMMLV, en dinero o servicio, a través de los convenios exequiales de la Cooperativa.