

CÓDIGO: RG-021
VERSIÓN: 3

SOLICITUD AUXILIO DE CALAMIDAD



CIUDAD. _____ CAAS _____ FECHA. DIA. ____ . MES. ____ . AÑO. ____ .

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE _____
CEDULA _____ EDAD _____
EMPRESA DONDE LABORA _____ OFICINA _____
TEL. OFICINA _____ CELULAR _____
TEL. RESIDENCIA _____ E-MAIL _____
FECHA DE AFILIACIÓN DÍA _____ MES _____ AÑO _____ INGRESOS \$ _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE _____ CEDULA _____ EDAD _____
EPS A LA QUE PERTENECE _____ COTIZANTE BENEFICIARIO
PARENTESCO CON EL ASOCIADOS: CONYUGUE HIJO OTRO ¿CUÁL? _____

DESCRIPCIÓN DE LA CALAMIDAD

RELACIÓN DE GASTOS ASUMIDOS

MEDICAMENTOS _____ \$ _____
COPAGOS _____ \$ _____
OTROS _____ \$ _____
VALOR TOTAL \$ _____

NOTA: AUTORIZO PREVIAMENTE A COEMPOPULAR PARA HACER EFECTIVO EL REINTEGRO DEL VALOR DEL PRESENTE AUXILIO, EN CASO DE COMPROBARSE ARTIFICIO O ENGAÑO DE MI PARTE PARA SU CONSECUCCIÓN.

*En caso de ser aprobada la solicitud por favor desembolsar los recursos en la cuenta:

NOMBRE DEL TITULAR		No. DE IDENTIFICACIÓN
No. DE CUENTA BANCARIA	NOMBRE DEL BANCO	TIPO DE CUENTA Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1581 de Protección de datos personales usted autoriza que sus datos, sean incorporados a una base de datos responsabilidad de COEMPOPULAR siendo tratados con la finalidad de gestionar la solicitud de Auxilio de Calamidad practicada. Los datos serán tratados teniendo en cuenta los criterios de seguridad definidos en la política de tratamiento desarrollada por COEMPOPULAR, cuya consulta puede llevarse a cabo a través de la web www.coempopular.coop

Los datos suministrados en este formulario serán utilizados a manera de consulta.

FIRMA DEL ASOCIADO

FIRMA DEL BENEFICIARIO



ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COEMPOPULAR

Acta No.: _____ del 200 _____

EL ASOCIADO SE ENCUENTRA AL DÍA POR TODO CONCEPTO

ULTIMO AUXILIO SOLICITADO

Día | Mes | Año

Valor Aprobado

SI NO

MONTO APROBADO \$

APROBADO **APLAZADO** **NEGADO**

Observaciones:

PRESIDENTE

SECRETARIO

Integrante 1

Integrante 2

Integrante 3

Integrante 4

Integrante 5

Integrante 6

LISTA DE CHEQUEO - REQUISITOS PARA LA SOLICITUD

CONCEPTO

VERIFICACIÓN

- 1- Formulario de solicitud de calamidad debidamente diligenciado.
- 2- Carta del asociado indicando el suceso.
- 3- Historia Clínica.
- 4- Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% del asociado o beneficiario.
- 5- Fotocopia del carnet de la EPS (Si es beneficiario)
- 6- Fotocopia desprendible de ingresos.
- 7- Facturas ORIGINALES de los gastos incurridos.
- 8- Identificar parentesco del beneficiario (anexar extra juicio, registro civil o acta de matrimonio).
- 9- En caso de realizar el desembolso a tercero solicitar por escrito y anexar fotocopia de identificación ampliada al 150%

<input type="checkbox"/>

***NOTA: Entregar documentación completa y debidamente diligenciada**