



No. \_\_\_\_\_

**Reclamación Amparo, Desempleo, Disminución de Ingreso, Enfermedad Grave o cobertura indemnizatoria Cáncer**  
 Productos Plan Básico y Plan Educativo ( Desempleo y Disminución de Ingresos)

Información Personal										
Fecha de solicitud			Apellido(s) y Nombre(s) del Asociado				Documento de Identidad			
Año	Mes	Día	Edad		E-mail		Profesión			
Dirección de Residencia			Ciudad		Barrio		Teléfono de Contacto		Celular	
Nombre de la EPS			Cotizante <input type="checkbox"/>		Beneficiario <input type="checkbox"/>		Actividad Generadora de Ingreso		Empleado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>

**En caso de reclamación por desempleo, diligencie los siguientes campos:**

Última Empresa donde trabajó			Dirección			Teléfono		Ciudad			
Tipo de Contrato		Último Cargo Desempeñado				Fecha Ingreso a la Empresa		Fecha Retiro de la Empresa			
Fijo <input type="checkbox"/>		Indefinido <input type="checkbox"/>				Año	Mes	Día	Año	Mes	Día
Tiempo laborado en la Empresa			Causa del Retiro			Fecha estipulada Finalización Contrato (En caso de ser Contrato a Término Fijo)			Año	Mes	Día

**En caso de reclamación por disminución de ingresos, diligencie los siguientes campos:**

Fecha de Inicio de la disminución		Seis meses después de la Fecha de Inicio de la disminución.			Un año antes de la Fecha de Inicio de la disminución.			Un día antes de la Fecha de Inicio de la disminución			
Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mes	Día
Descripción de Ingresos		Valor Promedio Mensual			Descripción de Ingresos			Valor Promedio Mensual			
<b>Total</b>		<b>\$</b>			<b>Total</b>			<b>\$</b>			

**Elija la forma en la que desea recibir el Pago del Amparo**

<b>Traslado a Cuenta de Bancoomeva</b> No. _____		Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	<b>Giro a Oficina de Bancoomeva</b> (Solo aplica si <b>NO</b> tiene Cuenta de Bancoomeva) Oficina Bancoomeva: _____
---	--	---	---

Señor Asociado es Usted Declarante de Renta? Si  No

"Certifico que toda la información registrada por mí es veráz. Esta Solicitud no me exonera del avance de la gestión de cobro de las obligaciones pendientes con la Cooperativa. Autorizo a Coomeva y cualquiera de 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 que: a) Consulte ante las Centrales de Información y Riesgo, o cualquier Entidad autorizada mi endeudamiento, la información comercial disponible sobre el cumplimiento o no de mis compromisos adquiridos, así como de su manejo. Igualmente para que ante dichas Entidades solicite, informe, reporte, procese o divulgue todo lo relacionado con mi nombre, comportamiento comercial y en especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por mi contraídas o que llegare a contraer con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro, hábitos de pago, manejo de crédito y de cuentas, saldo de mis obligaciones crediticias, tiempo de mora en el pago de dichas obligaciones, lo mismo que el suministro de tales informaciones a quienes tuvieran interés legítimo en ella. En consecuencia, dichas entidades u otras entidades afiliadas a la Central de Información del Sector Financiero CIFIN, o cualquier otra Central de Información, conocerán mi comportamiento presente, pasado y futuro relacionado con el cumplimiento de mis obligaciones. b) Consulte, suministre, intercambie y/o remita entre ellas la información, los anexos y soportes que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación 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. c) Verifique la información por mí reportada 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 y me comprometo a actualizar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. d) Los dineros que queden a mi favor como Asociado al momento de retirarme de COOMEVA sean utilizados para cubrir mis obligaciones vencidas con otras entidades del Grupo Empresarial. En caso de encontrarme atrasado con mis obligaciones estatutarias con Coomeva, autorizo para que del pago de este Auxilio se descuenten las mismas. "

Firma del Asociado: \_\_\_\_\_



Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Espacio para la Cooperativa**

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

<b>Requisitos para el pago del amparo en caso de desempleo o disminución de ingresos</b>		
	<b>Desempleo</b>	<b>Disminución de Ingresos</b>
- Fotocopia del Documento de Identidad	<b>X</b>	<b>X</b>
- Documento Original o copia con Sello de la Empresa donde se certifique: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación Laboral con la Empresa</li> <li>- Tipo de Contrato</li> <li>- Fecha de Ingreso a la Empresa</li> <li>- Fecha de Retiro de la Empresa</li> <li>- Motivo o causa del Retiro ( Voluntaria, sin justa causa, etc.)</li> <li>- Fecha estipulada de finalización del Contrato (solo si es Contrato a Termino Fijo)</li> </ul> <b>Nota:</b> Los documentos que puedan certificar lo anterior son: Copia del Contrato de Trabajo o Certificación Laboral, copia de la Liquidación del Contrato y Carta de despido.	<b>X</b>	
- Fotocopia de la Declaración de Renta del año anterior. (Si se encontraba obligado a presentarla)		<b>X</b>
- Fotocopias legibles y completas de Extractos Bancarios del período comprendido entre <b>Un año antes de la Fecha de Inicio de la disminución y Seis meses después de la Fecha de Inicio de la disminución.</b> <b>Nota:</b> En caso de no tener movimientos en la Cuenta en un periodo específico se debe entregar certificación expedida directamente por la Entidad Bancaria.		<b>X</b>
- Fotocopia del Formulario Registro Unico Tributario (RUT) (si lo tiene).		<b>X</b>
- Dos (2) Certificados de Ingresos expedido por un Contador Público, donde se detalle el valor y concepto de los Ingresos Promedio recibido en el ultimo año (anterior al inicio de la Disminución de sus Ingresos) y el otro Certificado donde se detalle los Nuevos Ingresos obtenidos por parte del Asociado durante los seis(6) meses en que se presentó la Disminución de Ingreso, relacionando el Nombre, Dirección, Nit y Teléfono del Pagador de dichos valores. <b>Nota:</b> El certificado debe contener la información y validaciones del modelo entregado.		<b>X</b>
- Si los Ingresos provienen por concepto de Arrendamiento de Propiedad Raíz se debe adjuntar copia del Certificado de Tradición del Bien Inmueble y copia del Contrato de Arrendamiento. - Si los Ingresos provienen por concepto de alquiler de vehículo, se debe adjuntar copia de la Tarjeta de Propiedad y copia del Contrato de Alquiler del Vehículo.		<b>X</b>
- Fotocopia de Contratos, Cuentas de Cobro, Facturas y demás documentos que acrediten los pagos recibidos de acuerdo con su Actividad Económica en los últimos doce (12) meses. (Solo en caso de que no tenga el Certificado de Ingresos expedido por Contador Público).		<b>X</b>
<b>Requisitos para el pago del amparo en caso de Enfermedad Grave o cobertura indemnizatoria Cáncer</b> (Solo aplica para el Plan Básico de Protección y servicio básico mutual en salud)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia del Documento de Identidad</li> <li>- Fotocopia de la Historia Clínica donde se identifique desde cuando Usted tiene la enfermedad, con firma, sello y código del Médico.</li> <li>- Reporte de Patología o Exámenes de confirmación de la Enfermedad Grave.</li> <li>- Extensión o Estado Clínico de la enfermedad (solo para casos de Cáncer).</li> </ul>		
<b>Renovación del Amparo</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para todas las Solicitudes del <b>Amparo Desempleo</b> se debe realizar Renovación del Amparo en la 4a. cuota para lo cual el Asociado debe presentarse personalmente y firmar Carta de Renovación.</li> <li>- Para las Solicitudes de <b>Pérdida de Ingresos y Enfermedades Graves</b> no requiere firmar Carta de Renovación.</li> </ul> <b>Nota:</b> En caso que se le pague una renta automáticamente y fallece, se le descontará del Auxilio por Muerte las contribuciones pagadas al Asociado.		