

# Solicitud de auxilios PAS

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

Ciudad y Oficina de reclamo		Auxilio funerario <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/>	EPS
Fecha de solicitud Año Mes Día	Apellido(s) y nombre(s) del asociado		Cédula
Dirección		Ciudad	Teléfono

## Datos de la persona fallecida ( En caso de reclamo por Auxilio Funerario de familiar directo)

Apellido(s) y nombre(s) del fallecido			
Fecha de fallecimiento Año Mes Día	Cédula	Parentesco	Edad

## Declaro que anexo los siguientes documentos:

Para Auxilio Funerario	Para incapacidad
<b>Si el familiar fallecido es hijo o padre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia del documento de identidad del familiar fallecido.</li> <li>- Fotocopia autenticada del Registro Civil de Defunción.</li> </ul> <b>Si es hijo discapacitado mayor de 30 años:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constancia médica sobre su situación de invalidez o fotocopia de la historia clínica.</li> </ul> <b>Si el familiar fallecido es cónyuge:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia del documento de identidad del familiar fallecido.</li> <li>- Fotocopia autenticada del Registro Civil de Defunción.</li> <li>- Original o fotocopia del Registro Civil de Matrimonio o Declaración juramentada de la Unión Libre.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Declaración médica de incapacidad. Diligenciada, firmada, sellada y con el código código del médico tratante.</li> <li>2. Original o fotocopia autenticada de la incapacidad de la EPS o del médico particular.</li> <li>3. Fotocopia de la historia clínica.</li> <li>4. Fotocopia de los informes de patología, ecografía y/o radiografías.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Si es incapacidad permanente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Original o fotocopia autenticada de la Evaluación de la incapacidad laboral dada por el médico especialista en Salud.</li> <li>- Ocupacional designado por Coomeva ó por el Comité Médico Laboral.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nota:</b> Los documentos de Incapacidad, Historia Clínica e Informes de patología, ecografía y/o radiografía deben tener la firma, sello y código del médico.</p>

## Autorizo a Coomeva realizar el pago de la siguiente forma:

(Diligenciar solo si <b>NO</b> tiene Cuenta de Depósitos)	Pagar cuota mes	Traslado a cuenta de Depósitos Coomeva
Giro <input type="checkbox"/> Oficina: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No. _____

**En caso de encontrarme atrasado con mis obligaciones en Coomeva, autorizo a descontar el valor de las cuotas en mora y los intereses correspondientes.**

Firma asociado: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

## Uso exclusivo de Coomeva

<b>Forma de pago del Auxilio Funerario</b> Crédito a 48 meses <input type="checkbox"/> Cuota vitalicia <input type="checkbox"/> Cuota unica <input type="checkbox"/>	Apellido(s) y nombre(s) del Funcionario que certifica pago del Auxilio Funerario.
Apellido(s) y nombre(s) del funcionario que recibe	Fecha de Recibido Año Mes Día

SOL-006

Mod.Agosto/2006