



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
<p>Si el familiar fallecido es hijo o padre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del documento de identidad del familiar fallecido. - Fotocopia autenticada del Registro Civil de Defunción. <p>Si es hijo discapacitado mayor de 30 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constancia médica sobre su situación de invalidez o fotocopia de la historia clínica. <p>Si el familiar fallecido es cónyuge:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia del documento de identidad del familiar fallecido. - Fotocopia autenticada del Registro Civil de Defunción. - Original o fotocopia del Registro Civil de Matrimonio o Declaración juramentada de la Unión Libre. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Declaración médica de incapacidad. Diligenciada, firmada, sellada y con el código código del médico tratante. 2. Original o fotocopia autenticada de la incapacidad de la EPS o del médico particular. 3. Fotocopia de la historia clínica. 4. Fotocopia de los informes de patología, ecografía y/o radiografías. <p>- Si es incapacidad permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Original o fotocopia autenticada de la Evaluación de la incapacidad laboral dada por el médico especialista en Salud. Ocupacional designado por Cooameva ó por el Comité Médico Laboral. <p>Nota: 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 Cooameva realizar el pago de la siguiente forma:

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

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

Firma asociado: _____
C.C.: _____

Uso exclusivo de Cooameva

Forma de pago del Auxilio Funerario 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

Vigilada por la Superintendencia de la Economía Solidaria NIT.: 890.300.825-1

Solidaridad y Seguros