

No.

Solicitud de Ingreso

No. Precarga	No. Solicitud

I. Información General de la Solicitud

Fecha de Radicación Día Mes Año			Tipo de Solicitud Venta nueva <input type="checkbox"/> Inclusión <input type="checkbox"/>			Plan Familiar <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/>			Línea de negocio Medicina Integral <input type="checkbox"/> Salud Oral <input type="checkbox"/> Emergencia Médica <input type="checkbox"/>		
No. Contrato			Programa			Plan Tarifario			Valor Cuota Mes (IVA Incluido) \$		
Código Asesor			Proporcionalidad <input type="checkbox"/>			Fecha Inicio del Servicio Día Mes Año			Sucursal		
									Corte		

II. Información del Contratante (*Diligenciar solo para colectivo)

*Nit Empresa Colectivo/Acuerdo Corporativo			*Nombre Empresa Colectivo			*Cuenta		
*Subcuenta			Tipo de Documento			No. de Documento		
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre		
						Segundo Nombre		
Estado Civil			Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			Estrato Socioeconómico		
						Fecha de Nacimiento Día Mes Año		
						Lugar de Nacimiento		
Profesión			Ocupación			Empleado <input type="checkbox"/> Propietario/Socio <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/>		
						Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Inversionista/Rentista <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/>		
Dirección de Facturación			Tipo Vía			Número		
						Número de Placa		
						Complemento		
Municipio/Dpto. de Facturación			Barrio			Teléfono/Ext.		
						Correo Electrónico		
Dirección de Residencia			Tipo Vía			Número		
						Número de Placa		
						Complemento		
Municipio/Dpto. de Residencia			Barrio			Teléfono de Residencia		
						Celular		
No. Autoriz. Área Cobertura CEM			Nombre EPS a la que está afiliado			Plan Voluntario de Salud del que viene		
						Fecha de Antigüedad Día Mes Año		
						Tipo de Novedad Reactivación <input type="checkbox"/>		
						Campaña No.		
¿El contratante es usuario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Prestador Cooameva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Desea recibir la correspondencia por email? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
						¿Dirección de Correspondencia igual a Dirección de residencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
						Tipo Doc. Madre Bebé Gestante		
						No. Doc. Madre Bebé Gestante		

III. Información Financiera Contratante/Empleado y Origen de Fondos

Rango	Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	Otros Ingresos Diferentes a la Actividad Principal	Valor Activos o Posesiones	Declaración Voluntaria de Origen de Fondos/Ingresos	
Menor a \$ 1,5 millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	Ahorros <input type="checkbox"/>	Venta de Activos <input type="checkbox"/>
\$ 1,5 - \$ 3 millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Salarios <input type="checkbox"/>	Arrendamientos <input type="checkbox"/>
\$ 3 - \$ 5 millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Honorarios <input type="checkbox"/>	Rendimientos Financieros/Comisiones <input type="checkbox"/>
\$ 5 - \$ 8 millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	
Mayores de \$ 8 millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuál? _____	
Descripción de Otras Fuentes de Ingresos:						

IV. Operaciones en Moneda Extranjera

Usted realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es afirmativa, señale que tipo de transacciones realiza	Exportaciones <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/>	Transferencias <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/>	Préstamos en moneda extranjera <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>	Giros <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	--	--------------------------------

V. Identificación de Persona Expuesta Políticamente (PEP)

¿Es una persona políticamente expuesta según la legislación vigente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, indique: Cargo _____	Fecha de Inicio Día Mes Año	Fecha Fin Día Mes Año
¿Representa legalmente alguna Organización Internacional (ONG – OIG)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, indique: Cargo _____	Fecha de Inicio Día Mes Año	Fecha Fin Día Mes Año
¿Existe algún vínculo entre usted y alguna persona expuesta políticamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su respuesta es afirmativa, indique: Nombre _____	Cargo _____	Parentesco _____

VI. Información de Beneficiarios Diferente al Contratante

No.	Parentesco Contratante	Tipo de Documento	No. de Documento	Apellidos y Nombres (Primero apellidos y luego nombres)			Fecha de Nacimiento	Tipo de Novedad Reactivación	Campaña No.
B1							Día Mes Año		
B2							Día Mes Año		
B3							Día Mes Año		
B4							Día Mes Año		
No.	¿Dirección igual al contratante?	Dirección de Residencia			Municipio/ Departamento	Estado Civil	Género		
		Tipo vía	No.	No. Placa	Complemento			F M	
B1	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B2	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B3	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B4	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
No.	Correo Electrónico			Teléfono	Celular	No. Autoriz. Área Cobertura CEM	Nombre EPS a la que está afiliado	Plan Voluntario de Salud del que viene	Fecha Antigüedad
B1									Día Mes Año
B2									Día Mes Año
B3									Día Mes Año
B4									Día Mes Año

VII. Declaración Estado de Salud (Se debe diligenciar en su totalidad por el contratante y sus beneficiarios)

Ha tenido o tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades?. Columna 1: Marque con una S donde la afección sea afirmativa y N donde no la padezca en la columna del Beneficiario correspondiente. Columna 2: En caso de ser afirmativo, ampliar los datos sobre el/ los padecimientos marcados en los círculos y el beneficiario que la padece.					Columna 1				
	C	B1	B2	B3	B4				
1						Para mujeres ¿ha tenido embarazos con riesgo, quirúrgicos o abortos, trastornos de los senos, matriz u ovarios? Especificar.			
2						Para Mujeres ¿Está actualmente en embarazo?. De cuántos meses?.			
3						Convulsiones, ataques, pérdidas de conocimiento, desmayos, trombosis cerebral, hemorragia, epilepsia o cualquier afección neurológica?. Especificar.			
4						Fracturas, artritis, reumatismo, trastornos articulares, enfermedades de la columna, de piel o alergias?. Especificar.			
5						Enfermedades de los ojos, pterigios, estrabismo, defectos de refracción visual, cataratas, enfermedades del oído, vértigo, enfermedades de la garganta?. Especificar.			
6						Diabetes, trastornos de la glándula tiroides, azúcar en la sangre o en la orina?. Especificar.			

Ha tenido o tiene alguno de los siguientes síntomas o enfermedades?. Columna 1: Marque con una S donde la afección sea afirmativa y N donde no la padezca en la columna del Beneficiario correspondiente. Columna 2: En caso de ser afirmativo, ampliar los datos sobre el/ los padecimientos marcados en los círculos y el beneficiario que la padece.		Columna 1				
		C	B1	B2	B3	B4
7	Úlcera gástrica o duodenal, gastritis, agrieras (reflujo gastroesofágico), colitis, hemorroides, cólicos biliares, enfermedades del hígado? Especificar.					
8	Asma, tuberculosis, dificultad para respirar, enfermedades del pulmón?. Especificar.					
9	Tensión arterial alta, enfermedades del corazón, angina de pecho, enfermedades de arterias o venas?. Especificar.					
10	Anemia, linfomas, ganglios inflamados, enfermedades renales, de la próstata, de la vejiga, o venereas?. Especificar.					
11	Malformaciones, deformaciones, imperfecciones o anomalías congénitas o adquiridas?. Especificar.					
12	Várices, hinchazón o úlceras en las piernas?. Especificar.					
13	Enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos?. Especificar.					
14	Accidentes, traumatismos, infecciones o riesgos de padecer enfermedades transmisibles?. Especificar.					
15	Ha estado alguna vez hospitalizado(a) o le han practicado cirugías o transfusiones?. Especificar.					
16	Ha consultado algún médico en el último año y porqué?. Especificar.					
17	Le han practicado algún examen de laboratorio clínico, radiológico o algún otro examen de diagnóstico en los últimos seis (6) meses y porqué?					
18	Piensa someterse o tiene pendiente algún tratamiento médico o quirúrgico?. Especificar.					
19	Le han diagnosticado en alguna época de su vida tumores benignos o cáncer, ha tenido masas palpables?. Especificar.					
20	Practica deporte de alto riesgo?. Especificar.					
21	Padece o ha padecido alguna enfermedad que no aparezca registrada en el presente cuestionario?. Especificar.					
22	Para menores de seis (6) años ¿Su esquema de vacunación se encuentra incompleto?					
23	Para menores de seis (6) años ¿Al nacer su hijo(s) requirió de oxígeno e incubadora? Porqué?.					
24	¿Cual es su talla? (Mts)					
25	¿Cual es su peso? (Kgr)					
Columna 2 - Explicación de respuestas afirmativas:						
No.	Beneficiario	Explicación				
Cesión Derecho de Maternidad (Usuaría a la que se le cede el derecho)						
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)		Número de Identificación

VIII. Espacio Reservado para Auditoría Médica de Coomeva Medicina Prepagada

Concepto de Auditoría Médica					No. Beneficiario						
					1	2	3	4			
Índice de Masa Corporal (MC)											
Marque con una S donde el Solicitante sea aceptado y con una N donde no lo sea											
Marque con una S donde el Solicitante requiera examen médico de ingreso o con una N donde no lo requiera											
Marque con una S donde se conserve antigüedad y con una N donde no se conserve											
Declaración de Preexistencias y Limitaciones											
Beneficiario	Código	Descripción									
Clasificación del Riesgo (Médico de Ingreso)					Clasificación del Riesgo (Auditor Médico de Ingreso)						
Número de Beneficiario		1	2	3	4	Número de Beneficiario		1	2	3	4
Grupo						Grupo					
Puntaje						Puntaje					
Observaciones:						Observaciones:					
<div>Fecha</div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>						<div>Fecha</div> <div><div>Día</div><div>Mes</div><div>Año</div></div>					
Firma Médico de Ingreso						Firma Auditor Médico de Ingreso					

IX. Declaraciones y Autorizaciones

Declaraciones
<p>Después de haber leído atentamente mi respuesta, reconozco y declaro que son determinantes para el consentimiento de Coomeva M.P. S.A. a otorgar el Servicio de Salud. Hago constar que si se comprobare en cualquier tiempo que en mis declaraciones e informes precedentes ha habido de mi parte error, falsedad, omisión o reticencia, que de haber sido conocidos por Coomeva M.P.S.A., hubieran sido determinantes para la celebración del contrato, asumo las consecuencias legales que diera lugar.</p> <p>Declaro que la presente solicitud no genera obligación con Coomeva M.P. S.A. y que ésta última solo estará obligada cuando se perfeccione el vínculo contractual. He sido informado clara y totalmente de los servicios que vaya a recibir, las fechas, lugares y la manera como debo solicitar el servicio.</p> <p>En caso de tener antigüedad de otro plan voluntario de salud, me comprometo a entregar a Coomeva MP S.A. en un plazo no mayor a 45 días a partir de la fecha de iniciación del contrato de Prestación de Servicios, el certificado que así lo acredite con el fin de que me sea reconocida en Coomeva MP S.A. Durante el cumplimiento de este requisito acepto las condiciones contractuales como Beneficiario Nuevo.</p> <p>Conozco y acepto las condiciones de proporcionalidad en el pago de la tarifa. Así mismo, acepto el proceso de Identificación Biométrica como requisito para acceder al servicio de Salud. Además me comprometo a actualizar mi información de forma anual.</p>
Autorizaciones
<p>Autorizo a Coomeva para que al momento de mi retiro o exclusión como Asociado de la Cooperativa y una vez a Paz y Salvo con mis obligaciones tanto estatutarias como crediticias, pague de los saldos que a mi favor por todo concepto, los valores que adeudares a Coomeva MP S.A., por concepto del contrato de Prestación de Servicios de Salud celebrado con la misma. Así mismo autorizo a Coomeva Medicina Prepagada S.A. que como consecuencia de mi pérdida de la calidad de Asociado de la Cooperativa me traslade al Plan Familiar y se me explique la tarifa que para el mismo estuviere vigente al momento de mi retiro de Coomeva como Asociado. A no ser que mediante comunicación escrita a Coomeva Medicina Prepagada S.A. dentro de los treinta 30 días de mi retiro como Asociado de Coomeva, solicite el ingreso a otro Plan comercializado por la Compañía.</p> <p>Autorizo a Coomeva Medicina Prepagada S.A. para dar el tratamiento de los datos personales consignados en este formulario, incluso los de carácter sensible acorde con su política de tratamiento de datos personales, la cual acepto, conozco y entiendo, la cual permite entre otras que con fines estadísticos, comerciales, financieros, se consulte, transfiera, comparta, solicite, procese, reporte y divulgue a las entidades autorizadas, la información que resulte de todas sus operaciones que directa o indirectamente se hayan otorgado o se otorguen en el futuro en virtud de sus servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes.</p> <p>Autorizo a Coomeva MP S.A., para que a través de sus médicos adscritos, conozcan y soliciten información sobre la salud o las historias clínicas de los solicitantes en cualquier momento, de parte de cualquier médico o institución prestadora de salud. Así mismo, autorizo a los médicos o instituciones prestadoras de salud que custodian historias clínicas o datos sobre la salud de los solicitantes, para que entreguen a Coomeva MP S.A. la información requerida por sus médicos adscritos. Lo anterior conforme a la Ley 23 de 1981, su decreto reglamentario 3380 de 1981 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>

X. Firmas y Huella

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.		<div></div> <div>Huella del Contratante</div>
<div></div>	<div></div>	
Firma del Contratante y No. de Identificación	Firma del Representante Legal Empresa Colectivo/Acuerdo Corporativo	

XI. Información exclusiva de la Empresa Coomeva Medicina Prepagada

Información del Diligenciamiento				Verificación de la Información			
Fecha de la entrevista		No. Identificación del Asesor		Fecha de Verificación		No. Identificación	
<div>Día</div>	<div>Mes</div>	<div>Año</div>		<div>Día</div>	<div>Mes</div>	<div>Año</div>	
Cargo		Apellido(s) y Nombre(s) del Asesor		Cargo		Apellido(s) y Nombre(s) de quien verifica	
Firma				Firma			
Observaciones: _____				Observaciones: _____			