

**Solicitud de Ingreso**  
**Línea de Negocio: Medicina Integral**

No.

<b>No. Precarga</b>	<b>No. Solicitud</b>

**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"/>	No. Contrato	Nombre del Programa
Plan Tarifario	Valor Cuota Mes (IVA Incluido) \$	Proporcionalidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Corte	Fecha Inicio del Servicio Día   Mes   Año
				Sucursal
				Código Asesor

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

*Nit Empresa Colectivo	*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	¿El contratante es usuario? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		¿El contratante es prestador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Profesión	Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Propietario/Socio <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Inversionista/Rentista <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/>	
Dirección de Facturación	Tipo Vía	Letra
		Número de Placa
		Complemento (Apto, Bloque, Casa, Etc.)
Municipio y Departamento	Barrio	Teléfono/Ext.
		Correo Electrónico
Dirección de Residencia	Tipo Vía	Letra
		Número de Placa
		Complemento (Apto, Bloque, Casa, Etc.)
Municipio y Departamento	Barrio	Teléfono/Ext.
		Correo Electrónico
¿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	

**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. Descripción de Otras Fuentes de Ingresos: 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"/>	Transferencias <input type="checkbox"/>	Préstamos en moneda extranjera <input type="checkbox"/>	Giros <input type="checkbox"/>
		Importaciones <input type="checkbox"/>	Pago de Servicios <input type="checkbox"/>	Inversiones <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 Población a Afiliar**

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.
C					Día   Mes   Año		
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			F	M
C	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	Nombre EPS a la que está afiliado	Valor Cuota Mes (Iva Incluido)
C					\$
B1					\$
B2					\$
B3					\$
B4					\$

**VII. Liquidación del Contrato**

<b>Modalidad de Pago</b>	Mensual <input type="checkbox"/>	<b>Forma de Pago de la 1er Cuota</b>	<b>% Descuento Comercial</b>	<b>% Descuento por Modalidad de Pago</b>	<b>Total Valor (Incluido IVA)</b>
Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Efectivo/ Cheque <input type="checkbox"/>	%	%	\$
	Trimestral <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>			
		Débito Automático <input type="checkbox"/>			
<b>Valor Cuota de Inscripción</b>					<b>Total Valor (Incluido IVA)</b>
					\$

**Autorización de Débito Automático**

<b>Tipo de débito a efectuar (Solo tarjeta de crédito)</b>	<b>Cuenta o Tarjeta No.</b>	<b>Tarjeta Válida (Solo tarjeta de crédito)</b>								
T.C. Visa <input type="checkbox"/>	T.C. Master Card <input type="checkbox"/>	T.C. Dineros <input type="checkbox"/>								
<b>Todos los bancos:</b>	<b>Banco</b>	Desde: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table> Hasta: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>			Mes	Año			Mes	Año
Mes	Año									
Mes	Año									
Cta. Ahorros <input type="checkbox"/>	Cta. Corriente <input type="checkbox"/>									

\* La inscripción, modificación o retiro del servicio del pago preautorizado deberá ser autorizado únicamente por escrito por el titular de la cuenta.  
 \* La Entidad Financiera suspenderá el servicio del pago preautorizado por las siguientes causas: Cuenta embargada, cuenta cancelada o muerte del titular.  
 \* La Entidad Financiera solo hará el débito máximo 2 días antes de la fecha de corte del contrato, por lo tanto, si usted va a consignar un cheque para realizar dicho pago deberá realizar la consignación dos días antes de la fecha de vencimiento.  
 \* Todo cambio que desee realizar en la información suministrada inicialmente, se debe hacer por medio del formato MP-FT-080 especificando el tipo de cambio o novedad.  
 \* La Entidad Financiera seguirá realizando los débitos en la fecha indicada, hasta tanto el cliente informe por medio de este formato (especificando novedad de retiro) a Coomeva Medicina Prepagada el retiro del débito automático.  
 \* El usuario autoriza desde ahora debitar de su cuenta los valores que informe el beneficiario del pago.  
 \* El pago a través de débito automático con tarjeta de crédito se realiza solo a una cuota y ésta es debitada por el banco en el siguiente corte de la tarjeta.  
 \* El proceso de débito automático empieza a regir al mes siguiente de haberse realizado la afiliación.  
 \* Como titular(es) de la cuenta señalada (Cliente), autorizo(mos) incondicionalmente y por un término indefinido, por medio de este documento, lo siguiente: (1) a la Entidad Financiera a debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y entregar dicho valor a la Empresa Recaudadora; (2) a la Empresa Recaudadora a conservar el presente documento en su sede; (3) a la Empresa Recaudadora a enviar la información aquí contenida, de manera electrónica; que ante cualquier error de la Empresa Recaudadora en la conversión electrónica de la Autorización de Recaudación, efectuaré(emos) los reclamos única y exclusivamente a la Empresa Recaudadora; (4) a la Entidad Financiera a debitar la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la inicialmente prevista y determinada entre la Empresa Recaudadora y el Cliente, tan sólo en aquellos casos en los que la Empresa Recaudadora tenga inconvenientes de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente; (5) extender esta misma autorización a modificaciones obligatorias que realice la Entidad Financiera.  
 \* Como titular(es) de la cuenta señalada me(nos) obligo(amos) a: (1) mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones; (2) proveer la autorización de parte de todos los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, o en su defecto a asumir las consecuencias que se deriven de no declarar la condición de manejo de firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a la Empresa Recaudadora y a la Entidad Financiera de toda responsabilidad.  
 \* Como titular(es) de la cuenta señalada, declaro(amos) que conozco(emos) y acepto(amos) lo siguiente: (1) que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y la oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles y que si el día no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles; (2) que la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) la cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; (3) que si deseo(amos) autorizar a otra Entidad Financiera, a otro número o tipo de cuenta, debo(emos) cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva Autorización de Recaudación; (4) que la presente Autorización de Recaudación solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) la cuenta, con una anticipación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación; (5) que debo(emos) dirigir las reclamaciones o solicitudes de devolución, en cualquier momento, a la Empresa Recaudadora con copia a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) radicada la cuenta en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; (6) que puedo(podemos) dar una orden de no pago a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) la cuenta, para una transacción débito específica con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de aplicación del débito; (7) que presentar órdenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar un costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte de la Empresa Recaudadora o por parte de la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) la cuenta.

\*Señor usuario recuerde que por su seguridad no debe escribir los 3 últimos dígitos o código de seguridad de su tarjeta de crédito.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES**

AUTORIZO de manera previa, expresa, informada y explícita, a **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, para que realicen lo siguiente:

- Consultas y Reportes:** Que en virtud de las relaciones jurídicas con **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, o quien en el futuro sea su acreedor, cesionario o contraparte, pueda: a) Consultar en las centrales de riesgo toda la información comercial, crediticia, hábitos de pago y en general mi desempeño como deudor. b) Reportar a las centrales de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones de contenido patrimonial. c) Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos, relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado o que consten en bases de datos. La autorización anterior permite a **Coomeva Medicina Prepagada S.A.** y a las centrales de riesgo verificar y divulgar el comportamiento de mis deberes contractuales y legales, con el fin de elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.
- Uso y tratamiento de datos:** Que mis datos personales sean objeto de tratamiento para las siguientes finalidades: 2.1) Datos personales: a) Compartir todos mis datos, soportes y los que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación comercial con **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, los cuales podrán ser cedidos a otras entidades con las cuales se tengan alianzas o acuerdos comerciales. b) Realizar campañas de identificación en procesos institucionales de **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, o de marketing (promoción de productos y servicios), envío de información comercial por cualquier medio conocido o que llegase a conocerse. c) Realizar gestiones de cobranza, bien sea directamente o por conducto de terceras personas. 2.2) Datos sensibles (información biométrica y estado de salud): que los datos sensibles, incluidos los biométricos y los referentes a mi estado de salud, sean objeto de tratamiento para las siguientes finalidades: a) Recolectar e incluir mis Huellas Dactilares y cualquier otro dato de tipo biométrico que sean susceptibles de tratamiento en la Base de Datos administrada por **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, con el objetivo de identificarme ante la misma, al momento de utilizar cualquiera de sus Servicios o Productos. b) Transmitir o Transferir mis Huellas Dactilares y cualquier otro dato personal, incluido los de tipo biométrico que sean susceptibles de tratamiento en la base de datos de **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, a entidades ubicadas dentro o fuera del territorio Nacional que dispongan de la infraestructura y seguridad necesaria para su adecuado almacenamiento y/o eventuales Servicios de Computación en la nube. c) El tratamiento de los datos relativos a mi salud y enfermedades padecidas (datos sensibles), con el fin de evaluar mi estado de salud, analizar riesgos asumidos por **Coomeva Medicina Prepagada S.A.** d) Realizar el tratamiento de mis datos personales incluidos los datos de carácter sensibles, durante el tiempo que dure la relación jurídica con **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, y hasta diez (10) años más después de la terminación de la relación contractual o exista la obligación legal de conservar dicha información.
- Actualización de datos y veracidad de la información:** Que la información por mí suministrada es veraz completa y exacta y me obligo a suministrar y actualizar todos los datos cada vez que sea necesario para la prestación del servicio y documentos que **Coomeva Medicina Prepagada S.A.**, se soliciten para confirmar la información registrada en este formulario, con el fin de asegurar el conocimiento del Cliente.

**Nota:** La solicitud de actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre datos personales, podrá realizarse en cualquier oficina del país o a través del portal web [www.coomeva.com.co](http://www.coomeva.com.co), (opción contáctenos). La política de tratamiento de datos personales y al aviso de privacidad podrá ser conocida en el portal web [www.coomeva.com.co](http://www.coomeva.com.co)

**Declaraciones**

He sido informado clara y totalmente de los servicios que vaya a recibir, las fechas, lugares y la manera como debo solicitar el servicio. 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.

**VIII. Firmas y Huella**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

Firma del Contratante y No. de Identificación	Firma del Representante Legal Empresa Colectivo	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Huella del Contratante
---	---	--

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