



INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO

CIUDAD: _____
 FECHA: DD MM AAAA _____
 NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASOCIADO: _____
 NUMERO DE DOCUMENTO: _____ EMPRESA EN LA QUE LABORA: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____ No. TELEFONO CELULAR: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____ PARENTESCO: _____

Marque con una X el medio por el cual desea recibir el pago de su auxilio.

Retiro personal:
 Consignación:
 Tipo de cuenta: Ahorro Corriente Numero de cuenta: _____
 Banco: _____

TIPO DE AUXILIO

1) Natalidad 3) Hospitalización y/o cirugía
 2) Defunción 4) Otro
 Cual: _____

REQUISITOS OBLIGATORIOS
 Marque con una X el documento que adjunta de acuerdo al tipo de auxilio

NATALIDAD	FALLECIMIENTO	MEDICAMENTOS, HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGIA:	OTROS
<input type="checkbox"/> Registro civil de nacimiento	<input type="checkbox"/> Registro de defunción. <input type="checkbox"/> Certificado de parentesco del asociado con el beneficiario. <input type="checkbox"/> Factura de cancelación o certificado de la entidad que le presto el servicio funerario.	<input type="checkbox"/> Formula medica. <input type="checkbox"/> Facturas expedidas por la entidad de salud y canceladas por el asociado.	TRATAMIENTOS ESPECIALES: <input type="checkbox"/> Fotocopia historia clinica - certificado de parentesco. PERDIDA PARCIAL O TOTAL DE LA VIVIENDA: <input type="checkbox"/> Certificado de libertad no mayor a 30 días y constancia de autoridad competente. PERDIDA VEHICULO O MUEBLES Y ENSERES: <input type="checkbox"/> Carta de propiedad y denuncia ante autoridad competente. MEDIDA DE ASEGURAMIENTO: <input type="checkbox"/> Constancia de autoridad competente. ACTOS TERRORISTAS: <input type="checkbox"/> Constancia de autoridad competente.

FIRMA DEL ASOCIADO(A)

 NOMBRE:
 C.C.

Nota: Para constancia de la siguiente solicitud firmo a continuación.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA COOPERATIVA

FECHA DE INGRESO DEL ASOCIADO: DD MM AAAA _____
 ESTA A PAZ Y SALVO EN:
 Cuotas de solidaridad: SI NO
 Aportes: SI NO
 Cartera: SI NO
 ULTIMO AUXILIO OTORGADO: _____ FECHA: DD MM AAAA _____
 VALOR AUTORIZADO: _____

FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ QUE OTORGAN EL AUXILIO.

Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Cedula: _____	Cedula: _____
Firma: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Nombre: _____
Cedula: _____	Cedula: _____