SOLICITUD DE AUXILIO

Lugar y Fecha, _____

Señores:
COOPANAMERICANA
COMITÉ DE SOLIDARIDAD
Ciudad

Adjunto estoy enviando los documentos correspondientes, a fin de obtener el beneficio del auxilio al cual tengo derecho por ser asociado a la cooperativa.

- **Incapacidad Medica de 15 Días del Asociado _____**
  (Se otorga **máximo tres veces al año**, por incapacidades continuas o discontinuas de quince días (15) o más dentro del mismo mes calendario. Adjuntar fotocopia de las incapacidades. **No aplica para accidentes de trabajo**)

- **Cirugía Asociado _____**
  (Por concepto de cirugía. anexar la certificación de la EPS**. No se otorga auxilio en caso de cirugías estéticas ni de esterilización**)

- **Hospitalización Asociado _____**
  (Por concepto de hospitalización del asociado superior a 3 días, anexar la certificación de la EPS)

- **Fallecimiento Asociado _____**
  (Es necesario acreditar la calidad de los beneficiarios reclamantes, anexar acta de defunción)

- **Fallecimiento Hijos _____**
  (Anexar acta de defunción, registro civil)

- **Fallecimiento Cónyuge _____**
  (Anexar acta de defunción, registro civil de matrimonio, o declaración de extra juicio de convivencia)

- **Fallecimiento Padres _____**
  (Anexar acta de defunción, registro civil asociado)
-
- **Invalides Parcial o Total del Asociado _____**
  (Por una sola vez por la misma causa; se requiere comprobación del caso por medio de valoración de una junta médica. No aplica para accidentes de trabajo)

- **Enfermedad Catastrófica del Asociado _____**
  (Por una sola vez por la misma causa; se requiere comprobación del caso por medio de valoración de una junta médica. **No aplica para accidentes de trabajo**)

- **Enfermedad General del Grupo Familiar :**
  (Anexar constancia médica por cada miembro del grupo familiar que se reclama, correspondientes a: incapacidades de a tres (3) días o más; o de hospitalización y/o la cirugía)
  Hijos _____ (Hasta los 18 años o en condición de discapacidad sin límite edad) Padres _____

  Cónyuge _____

- **Nacimiento _____**
  (Anexar fotocopia del Registro Civil, si los padres son asociados, el auxilio se otorgará a cada uno)

En cumplimiento con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y sus normas concordantes, autorizamos expresamente que los datos personales, sensibles y datos biométricos (huella dactilar) consignados en el presente formulario sean incorporados en una base de datos responsabilidad de COOPANAMERICANA, para que sean tratados con la finalidad de realizar Gestión administrativa en relación a nuestra calidad de asociados (as) de COOPENAMERICANA, transmisión y/o transferencia de datos.
De igual modo, declaramos que otorgamos en calidad de representantes legales del (los) menor (es) y/o contamos con el consentimiento de los beneficiarios registrados en el presente formulario para que sus datos personales sean incorporados en una base de datos responsabilidad de COOPANAMERICANA, con la finalidad re realizar Gestión Administrativa y acceder a los beneficios que se generen de nuestra calidad de asociados (as) de COOPENAMERICANA, transmisión y/o transferencia de datos.
De la misma manera, declaramos a ver sido informados de que podemos ejercitar nuestros derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, con un escrito dirigido a COOPANAMERICANA a la dirección de correo electrónico coopana@panamericana.com.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a Calle 12 # 34 – 22 en Bogotá D.C"

_____
Nombre Asociado
C.C
Código:

Centro costo:
Celular:
Correo electrónico: