

## Solicitud de nuevo producto/incremento o disminución de valor de Protección

### Información Personal

Fecha de Solicitud Año   Mes   Día			Apellido(s) y Nombre(s) del Asociado			Documento de Identidad		
Dirección Residencia						Teléfono/Cel.		
E-mail			Dirección Oficina			Teléfono/Cel.		

### Cambio de Protección Solicitado

Incremento	Disminuc.	Plan *	Valor	Cuota	Nuevo Prod.	Disminuc.	Valor	Cuota
Perseverancia (60, 62,65A,65,70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	Accidentes Personales	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____
Perseverancia Especial (65,70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	Hospitalización	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	Recuperación desde el 5º día	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____
Muerte e Incapacidad Permanente (60, 62,65A,65,70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	Vida Clásica	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	Mayor Valor Cobertura Desempleo y Disminución de ingresos	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____
Incapacidad Temporal por día (60, 62,65A,65,70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	<b>Nuevo Prod. Cancelac. Cuota</b>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	Recuperación desde el 5º día y no del 11º día.	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____

\* Escriba en la casilla, el Plan correspondiente entre las opciones dadas para cada Producto. Se pueden realizar hasta dos modificaciones por cada Producto en un mismo formato.

### Solvencia

### Prima Nivelada

Nuevo Prod.	Disminuc.	Valor	Cuota	Plazo	Nuevo Prod.	Cancelac.	Cuota
Solvencia entre 2 y 15 años	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	_____	Prima Nivelada	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Solvencia entre 2 y 15 años	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	_____	(Este producto no implica crecimiento de su Valor de Protección)		
Solvencia Especial	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	_____	Valor a destinar de la Perseverancia a Prima Nivelada: \$ _____		

### Cambio de Cobertura Auxilio de Gastos Funerarios

Para el Asociado entre 1 y 9  Incremento  Disminuc. SMMLV \_\_\_\_\_ Para el Familiar Directo entre 1 y 4.5  Incremento  Disminuc. SMMLV \_\_\_\_\_

Para el Familiar Dependiente entre 1 y 9  Incremento  Disminuc. SMMLV \_\_\_\_\_

### Información de los Familiares Directos o Familiares Adicionales Dependientes (Diligenciar solo en caso que el incremento sea para los Familiares Directos ó Familiares Adicionales)

Identificación	Tipo Benefic.	Parentesco	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)	Fecha Nacimiento	No. SMMLV	Cuota
Número	Tipo					Año Mes Día		
								\$ _____
								\$ _____
								\$ _____
								\$ _____
<b>Cuota correspondiente al Asociado según Cobertura solicitada</b>								\$ _____
<b>Valor Cuota Mensual Cobertura Adicional del Auxilio Funerario</b>								\$ _____

**Información de los Productos:** En caso de solicitar nuevo producto o incremento del valor de protección en el Plan Básico y/o Auxilios adicionales, deberá diligenciar la Declaración de Salud, entregada por el funcionario de Cooameva. Una vez registrada su solicitud de incremento del Plan Básico, a criterio de la Auditoría Médica será contactado dentro de los 30 días siguientes para validar su Declaración de Salud; en caso de no ser contactado, el producto no será aprobado.

En caso de disminución, la nueva protección empieza a regir el día siguiente de la próxima fecha de corte de su Estado de Cuenta (Facturación).

**Prima Nivelada:** Se construye mediante el pago mensual de (1) Valor cuota diferencial, más (2) Valor de la Perseverancia destinado a Prima Nivelada. En caso que el Asociado cuente con un valor de protección en Perseverancia igual o superior al monto requerido, podrá optar entre incrementar el Valor de Protección en Perseverancia o destinar el monto que corresponda de acuerdo con la edad de ingreso a la cobertura de Prima Nivelada. La cobertura de Prima Nivelada termina en cualquiera de los siguientes eventos: Muerte del Asociado, Retiro, Exclusión o Expulsión de la Cooperativa, Retiro de la cobertura por cualquier causa, Desvinculación de Cooameva Medicina Prepagada por cualquier causa. Mayor información en el "Reglamento de Solidaridad".

**Reglamento:** Esta solicitud se rige por lo establecido en el Reglamento del Servicio de Previsión, Asistencia y Solidaridad el cual contiene los requisitos, cubrimientos, exclusiones, periodos de carencia de cada uno de los amparos mutuales. El Reglamento podrá ser consultado en la página web de Cooameva <http://solidaridad.cooameva.com.co> link "Reglamento de Solidaridad".

**Finalidad de la información personal entregada:** Los datos de carácter personal que usted facilite a través de este formulario serán objeto de tratamiento por parte del Grupo Empresarial Cooperativo Cooameva y las Empresas que conforman su Grupo Empresarial; por lo cual, su información será almacenada en nuestra base de datos para las siguientes finalidades: a) Tramitar su actual solicitud, b) Realizar campañas de marketing, c) Envío de correos electrónicos, mensajes de texto y otros medios equivalentes, d) Compartirlos con las Empresas del Grupo Empresarial Cooperativo Cooameva o con otras Entidades de naturaleza pública o privada con las cuales unas o varias de las Empresas tengan alianzas o acuerdos comerciales. Usted podrá ejercer los derechos de actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre sus datos personales, para lo cual deberá registrar su solicitud en nuestra página web: [www.cooameva.com.co](http://www.cooameva.com.co) opción Contáctenos.

**Autorizaciones:** En caso que mi estado de salud no me permita acceder al valor de protección, Plan o Producto solicitado autorizo el otorgamiento de cobertura en el Plan Básico Especial o Solvencia Especial, según sea el caso.

Autorizo a los Médicos, Profesionales, Entidades de Medicina Prepagada e Instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social en la Salud para que suministren a Cooameva Cooperativa los datos actuales e históricos sobre mi estado de salud y a entregar mi historia clínica, esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento y acepto las preexistencias contenidas en esta información para que sea utilizada en todos los actos implícitos del servicio en cualquier momento.

En caso de tener en mi portafolio de servicios el producto Prima Nivelada, autorizo a Cooameva Cooperativa para realizar abono mensual a mi facturación por concepto del servicio de Medicina Prepagada, que es el objeto de la cobertura de este producto, en los términos definidos en el Reglamento de Solidaridad. Estos abonos se realizarán a partir del momento en que se cumplan las condiciones establecidas en el Reglamento de Solidaridad, tanto para la activación de la cobertura como para la permanencia de la misma.

Nombre del Asociado \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Firma del Asociado \_\_\_\_\_ Apellido(s) y Nombre(s) Funcionario Cooameva \_\_\_\_\_