

		FORMATO			CÓDIGO: M-BIE-F-02
EMISIÓN: 23/05/2017		SOLICITUD DE SOLIDARIDADES			VERSIÓN: 1
MODIFICACIÓN:		PROCESO: BIENESTAR SOCIAL	ANEXO:		Página 1 de 1
INFORMACIÓN DEL ASOCIADO					
FECHA DE SOLICITUD	FECHA EVENTO	NOMBRE ASOCIADO		NUMERO DOC	NUMERO SOLICITUD
DATOS DEL SOLICITANTE (Únicamente diligenciar si el solicitante es el cónyuge o familiares)					
No. DOCUMENTO		NOMBRE Y APELLIDOS		PARENTESCO	
TIPO DE SOLIDARIDAD SOLICITADA					SELECCIONE
Muerte asociado					
Muerte del cónyuge o compañero permanente del asociado (En las condiciones establecidas en el reglamento)					
Muerte de hijos del asociado (Legalmente reconocidos y en condiciones establecidas en el reglamento) Edad del hijo:					
Muerte de los padres de asociado					
Calamidad (En las condiciones establecidas en el reglamento)					
Gastos de enfermedad no cubiertos por EPS (En las condiciones establecidas en el reglamento)					
Tratamiento odontológico (en las condiciones establecidas en el reglamento) ASOCIADO _____ HIJO ASOCIADO _____					
Incapacidad descontada del asociado.					
Enfermedad catastrófica y/o de alto costo del asociado. ASOCIADO _____ HIJO DE ASOCIADO _____					
Incapacidad total o permanente (Retiro del servicio)					
Si es necesario en este espacio amplie la informacion.					
<p>Autorización de tratamiento de datos personales:</p> <p>Declaro que la información consignada es veraz, exacta, completa y actualizada y, así mismo, autorizo a Cooprofesores para que realice en cualquier tiempo verificación integral de la misma. Así mismo a Cooprofesores para que, de manera previa, libre y debidamente informada permita dar tratamiento y disponibilidad de los datos personales suministrados, así como la entrega de historias clínicas, diagnosticadas y toda aquella información que pueda catalogarse como sensible, la cual se requiere para poderla incorporar en las distintas bases de datos con que cuenta Cooprofesores. La finalidad con la que se recolectan los datos aquí solicitados son para dar trámite a una solicitud de solidaridad realizada. Lo invitamos a que consulte nuestra política de tratamiento de datos personales a través de nuestra página web www.cooprofesores.com, y a ejercer los derechos que como titular de datos personales le asisten a través del correo electrónico notificaciones@cooprofesores.com</p>					
_____ Firma del solicitante			_____ Empleado que radica		
ESPACIO RESERVADO PARA COOPROFESORES				VISADO DIRECTOR	
Fecha vinculación	Antigüedad	Saldo aportes	Se encuentra al día en:	Nombre	V.0
			Aportes _____		
SEÑOR(A) ASOCIADO SOLICITE EL RADICADO DE ESTA SOLICITUD					
Fecha Radicación	Nombres y Apellidos				Número Solicitud