

**FORMATOS DE CALIDAD**

No. de envío: 4

Fecha: 2024/10/01

SOLICITUD DE AUXILIO

Página: 1 de 1

Código: FQ/FTL-52

Ciudad

Día

Mes

Año

TIPO DE AUXILIO (Marcar con X)Calamidad ☐Defunción de Asociado ☐Defunción de Beneficiario ☐Nacimiento ☐Incapacidad Médica General ☐Medias de Compresión ☐Lentes y monturas ☐Enfermedades catastróficas ☐**INFORMACION GENERAL DEL ASOCIADO**

Nombres y apellidos

No. Cédula

De

Dirección:

Teléfono:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Dar Cumplimiento al Art. 10 del Decreto 1377 de 2013 y Art. 15 de la CP, el cual reglamenta lo previsto en la Ley 1581 de 2012. Medios electrónicos: Acepto y autorizo de manera expresa que FONATLAS envíe notificaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (Incluye correo electrónico, página web y mensajes móviles).

Firma del Asociado o

Nombre del Beneficiario Reclamante

REQUISITOS POR LINEA DE ACUERDO AL REGLAMENTO

DOCUMENTO	CALAMIDAD	DEFUNCION	INCAPACIDAD MEDICA GENERAL	NACIMIENTO	LENES, MONTURAS Y MEDIAS DE COMPRESION	ENFERMEDADES CATASTROFICAS
Estado de Cuenta	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Copia de Incapacidad			✓			
Copia Cédula Asociado	✓	✓		✓		
Certificado de Defunción		✓				
Documento que acredite el parentesco		✓				✓
Documento de identificación del Beneficiario		✓		✓		✓
Copia del Registro Civil de Nacimiento				✓		
Carta describiendo la calamidad, adjuntar evidencia (Registro fotográfico ó documentos) que validen de acuerdo al caso.	✓					✓
Carta especificando los datos de la cuenta bancaria a transferir		✓				
Adjuntar fórmula expedida por la EPS ó el especialista con vigencia máxima de 2 meses					✓	
Factura de compra (Personas Jurídicas) o documento equivalente a factura (personas naturales) no mayor a 60 días calendario, si no las adquiere a través de proveedor convenio					✓	
Historia Clínica						✓

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FONATLAS**INFORMACIÓN GENERAL DEL AUXILIO**

Motivo de la incapacidad

Días de incapacidad

1ra. Vez

2da. Vez

3ra. Vez

4ta. Vez

Auxilio por defunción de Beneficiario:

Parentesco: _____

Estado civil del Asociado: _____

Hijos Si

No

Observaciones: _____

RECIBIDO POR:**REVISADO POR:****NOMBRE****NOMBRE****FIRMAS DE APROBACIÓN**

Firma miembro comité	Firma miembro comité	Firma miembro comité
Firma miembro comité	Firma miembro comité	Firma miembro comité

APROBADO SI ☐NO ☐

Fecha

DÍA

MES

AÑO

ACTA No. _____

VALOR APROBADO \$ _____