



SOLICITUD DE AUXILIO DE CALAMIDAD

PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR EL ASOCIADO

CIUDAD: _____	FECHA: _____	ZONA: _____
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASOCIADO: _____		
DIR _____	TEL _____	CEL _____ EMAIL _____
BANCO _____	TIPO DE CTA: _____	# CTA: _____
FUNCIONARIO DE SERVICIO QUE RECIBE: _____		

1. Marque con una X el motivo de la calamidad (Puede marcar mas de una opción)

TABLA MOTIVO DE LA CALAMIDAD	
1.1 GASTOS POR FALLECIMIENTO DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR	<input type="checkbox"/>
1.2 GASTOS POR ESTADO DE SALUD DEL ASOCIADO (ENFERMEDAD CATASTROFICA)	<input type="checkbox"/>
1.3 GASTOS POR ESTADO DE SALUD DE UN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR	<input type="checkbox"/>
1.4 INCAPACIDAD PARCIAL	<input type="checkbox"/>
1.5 INCAPACIDAD PERMANENTE	<input type="checkbox"/>
1.6 DAÑOS CATASTROFICOS EN EL HOGAR POR FENOMENOS NATURALES	<input type="checkbox"/>
1.7 DAÑOS CATASTROFICOS EN EL HOGAR (INCENDIO CORTO CIRCUITO ENTRE OTROS)	<input type="checkbox"/>
1.8 OTROS ¿CUAL? _____	<input type="checkbox"/>

<p>Observacion:</p>

2. Documentos que se deben anexar:	
1.1 CARTA EXPLICATORIA DEL SUCESO.	<input type="checkbox"/>
1.2 SOPORTES SOPORTE DEL CASO (HISTORIA CLINICA, CERTIFICADOS, ETC...)	<input type="checkbox"/>
1.3 OTROS ¿CUAL? _____	<input type="checkbox"/>

Nota: el asociado solicitante debe cumplir las condiciones reglamentarias al respecto y para su tramite, este formato debe ser diligenciado completamente.

FIRMA DEL ASOCIADO Y # DE CEDULA

APLICAN CONDICIONES DEL ESTATUTO DE FONDEARGOS

FIRMA DEL FUNCIONARIO DE SERVICIO Y BIENESTAR