

SOLICITUD AUXILIO POR HOSPITALIZACION

Fecha Solicitud: Cédula:

Nombres y Apellidos:

Empresa: Ciudad:

Nombre del Hospitalizado:

Parentesco con asociado: Hijo _____ Conyugue _____ Padre _____ Madre _____

Valor entregado:

Documentos que debe anexar:

- Copia de la historia clínica
- Si la hospitalización corresponde a hijo, cónyuge o padre, anexar copia de documento según sea el caso: registro civil del hijo, registro de matrimonio o registro civil del Asociado donde conste el nombre de los padres.
- Copia documento de identidad del asociado

Requisitos para solicitar el beneficio.

- A la fecha del evento registrar mínimo (3) mes de antigüedad en el Fondo de Empleados, contados a partir del primer pago de su cuota de aporte ordinario.
- Anualmente cada Asociado podrá solicitar máximo 2 auxilios hasta por el monto establecido.
- Tener contrato laboral vigente y estar activo en FOEMSOMA a la fecha de pago del auxilio.
- La solicitud del auxilio debe hacerse en los 90 días calendario siguiente a la ocurrencia de la hospitalización.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS POR PARTE DEL FONDO DE EMPLEADOS DE LA CLINICA SOMA "FOEMSOMA"
FOEMSOMA le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades del fondo o en las que éste participe directa o indirectamente, en especial las de ahorro, crédito y bienestar social. Puede verificar finalidades específicas en el Capítulo 9 de la Política de Tratamiento de datos personales de FOEMSOMA. Puede consultar nuestra política visitando la página web <http://www.foemsoma.com> Si usted desea consultar, actualizar, rectificar o suprimir datos que nos ha suministrado, o revocar la presente autorización, puede revisar el Capítulo 10 de la Política y conocer el procedimiento detallado, o si lo prefiere escribanos un correo electrónico a fondoempleados@soma.com.co indicándonos su solicitud, o comuníquese al teléfono (57 4) 5768686 Conociendo lo anterior, manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por el Fondo de Empleados de la clínica Soma "FOEMSOMA"

Firma Asociado

Firma de quien Autoriza