



SOLICITUD DE AUXILIO ECONOMICO

	FUNERARIO	CALAMIDAD	JURIDICO	SALUD	
TIPO DE AUXILIO	☐	☐	☐	☐	
INFORMACION DEL SOLICITANTE					
NOMBRES Y APELLIDOS					
SUCURSAL	TELEFONO:		EXTENSION		
DIRECCION (En caso de ser exfuncionario)					
DETALLE TIPO DE AUXILIO					
AUXILIO FUNERARIO					
NOMBRE PERSONA FALLECIDA					
PARENTESCO	FECHA DE FALLECIMIENTO				
AUXILIO DE CALAMIDAD					
	INCENDIO	DAÑOS POR AGUA	TERRORISMO		
TIPO DE CALAMIDAD	☐	☐	☐		
DIRECCION INMUEBLE					
PROPIO	ARRENDADO				
NOMBRE PROPIETARIO					
AUXILIO JURIDICO					
FECHA DESVINCULACION DE LA COMPAÑIA					
NOMBRE DEL APODERADO					
AUXILIO DE SALUD					
NOMBRE PACIENTE					
PARENTESCO					
DIAGNOSTICO					
ENTIDAD QUE LO ATENDIO					
DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN A LA SOLICITUD					
ACTA MEDICA DE FALLECIMIENTO	☐	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION	☐	COPIA DOCUMENTO IDENTIDAD	☐
CERTIFICADO QUE DEMUESTRA SINIESTRO	☐	CERTIFICADO DE LIBERTAD	☐	FOTOGRAFIAS	☐
COPIA DEMANDA	☐	NOTIFICACION INICIO PROCESO	☐	CUENTA DE COBRO ABOGADO	☐
FACTURAS Y/O RECIBOS MEDICOS	☐	HISTORIA CLINICA	☐	OTROS _____	☐

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que al momento de diligenciar el presente formulario autorizo de manera libre, expresa, inequívoca al Sindicato Nacional de Trabajadores y Empleados del Sector Financiero y de los Seguros "SINTRAPREVI", para que lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales, realice recolección, almacenamiento, uso, actualización, rectificación, conservación, con fines de contacto, remisión de información de interés del presente formulario y demás finalidades directamente relacionadas con el objeto social del sindicato, de conformidad con la constitución política de Colombia (artículos 15 y 20), la ley estatutarias 1581 del 2012 y su decreto reglamentario 1377 del 2013.

FIRMA DEL SOLICITANTE

CEDULA DE CIUDADANIA

DATOS CUENTA BANCARIA

CORRIENTE	☐	AHORROS	☐
BANCO	_____		
CIUDAD	_____		
NUMERO DE CUENTA	_____		

PARA SER DILIGENCIADO POR SINTRAPREVI

FECHA RECIBIDO

APROBACION COMITÉ DE SOLIDARIDAD

FECHA DE PAGO