



SOLICITUD Y TRÁMITE DE DEVOLUCIÓN

CÓDIGO: GR-FO-002

VERSIÓN: 002

VIGENCIA: 2019-08-12

Fecha de solicitud
dd ____ mm ____ aaaa ____No de Requisición: _____ Centro de costo: _____
(Espacio exclusivo para Emermédica S.A.)

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

Nombre completo del contratante	
Tipo de Documento	CC ____ CE ____ NIT ____ N° _____
Teléfonos	Fijo: _____ Celular: _____
Correo electrónico	

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (solo aplica para contratos familiares y PPE pagados por el empleado)

Nombre completo	
Documento de identidad	CC ____ CE ____ NIT ____ N° _____
Teléfonos	Fijo: _____ Celular: _____
Correo electrónico	

3. INFORMACIÓN PARA TRAMITAR LA DEVOLUCIÓN

MOTIVO DE DEVOLUCIÓN *	Fallecido (F)	Cancelación / Exclusión (CE)	Novedades COPAGO BPO	
	Doble pago (DP)	Afiliaciones no efectivas (ANE)	Cobro No Autorizado Por Renovación (CNAPR)	
	No prestación del servicio (NPS)	Emermédica Odontológica (EO)	Otro	
	Fallecido con Emermédica (FCE)	Doble Débito (DD)	Cuál: _____	

*A la solicitud debe anexar copia del documento de identificación del solicitante y los documentos señalados al final de este formulario (según el caso). Si el fallecimiento no fue con Emermédica es necesario anexar el Certificado de Defunción correspondiente.

Desea que el dinero sea abonado a su siguiente periodo SI ____ (Anexar soporte de pagos realizados) NO ____ (diligencie la siguiente información:)

* INFORMACIÓN BANCARIA PARA LA CONSIGNACIÓN DEL DINERO	Nombre del titular de la cuenta	
	Documento de Identidad	NIT ____ C.C ____ C.E ____ No. _____
	Tipo de cuenta Ahorros (37) ____ Corriente (27) ____	Número de Cuenta _____
	Entidad bancaria	

Observaciones	
	Nombre y Firma del contratante o solicitante

4. INFORMACIÓN DEL TRÁMITE (Espacio exclusivo para Emermédica)

Valor a devolver	Valor	IVA	Total
Responsable de revisar la devolución	Fecha Día ____ mes ____ año ____	Nombre: _____ Cargo _____ Firma: _____	
Responsable de autorizar la devolución	Fecha Día ____ mes ____ año ____	Nombre: _____ Cargo _____ Firma: _____	



SOLICITUD Y TRÁMITE DE DEVOLUCIÓN

CÓDIGO: GR-FO-002

VERSIÓN: 002

VIGENCIA: 2019-08-12

MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN		DOCUMENTACIÓN SOPORTE PARA LA SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN		
Motivo	Descripción	Soportes de pago formales en original o copia	Documento expedido por la entidad que certifique la cuenta bancaria	Certificado Extra juicio (para confirmar parentesco en caso de fallecimiento del titular del contrato)
Fallecido (F)	Paciente fallecido con institución diferente a Emermédica	NO	SI	SI
Fallecido con Emermédica (FCE)	Paciente Fallecido con Emermédica	NO	SI	SI
Doble Débito (DD)	Emermédica a debitado dos o más veces el valor de la misma cuota.	SI	SI	N/A
Cobro No Autorizado Por Renovación (CNAPR)	Emermédica ha cobrado la renovación de afiliación sin previa autorización del cliente	SI	SI	N/A
Cancelación / Exclusión (CE)	Emermédica realiza un cobro (Débito automático o Factura) posterior a una solicitud o ejecución de novedad de cancelación o exclusión.	SI	SI	N/A
No prestación del servicio (NPS)	Inconformidad por no haber recibido la prestación del servicio por parte de Emermédica.	SI	SI	N/A
Novedades COPAGO BPO	Solicitudes de inconformidad por el cobro no autorizado de un COPAGO durante el servicio prestado por Emermédica.	SI	N/A	N/A
Doble pago (DP)	Pago de una misma cuota o valor de la afiliación por dos medios diferentes en un mismo periodo (Ejemplo: débito y baloto, factura y cajas éxito o viceversa)	SI	SI	N/A
Afiliaciones no efectivas (ANE)	La solicitud de afiliación del cliente no cumple las políticas de la Compañía (Cobertura, EPS).	SI	SI	N/A
Emermédica Odontológica (EO)	No continuidad en el tratamiento Odontológico	SI	SI	N/A

* Si la cuenta bancaria a la cual se va a generar la devolución no es la del titular del contrato, se debe diligenciar el formato "Autorización de pago en cuenta de terceros", código GR-FO-003.



SOLICITUD Y TRÁMITE DE DEVOLUCIÓN

CÓDIGO: GR-FO-002

VERSIÓN: 002

VIGENCIA: 2019-08-12

DATOS GENERALES

Razón Social / Nombre:		NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____	
Dirección:		Ciudad:	Dpto:
País:		Teléfono(s):	Celular:
Ocupación, profesión u oficio:		Lugar y fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____	
Email:			

DATOS DE REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____	Nacionalidad:
Dirección:		Teléfono(s):	

INFORMACIÓN ORIGEN DE FONDOS Y OPERACIONES INTERNACIONALES

¿ Maneja recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de Operación: Préstamos <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Envío y/o recepción de giros <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?: _____
¿ Goza de reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ Es servidor público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ Ostenta algún grado de poder público Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ Realiza operaciones internacionales? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ Tiene la condición de Persona Expuesta Políticamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Todos los recursos y/o bienes que poseo han sido obtenidos lícitamente, a través de los siguientes medios y/o actividades: _____

Firma

Cliente y/o Representante Legal

Huella

RESPONSABLE DE LA CONFIRMACIÓN (espacio exclusivo para Emermédica)

Nombres y Apellidos de quien diligencia y/o confirma
Tipo y No. de identificación_____
Firma