

**COOPERATIVA DE SERVICIOS MÚLTIPLES DE PROFESIONALES DE
 ENFERMERÍA, INC.
 (COOPROENF)**



FORMULARIO DE AYUDA MUTUA

FECHA _____

MISPAS _____ IDSS _____ CALVENTI _____ PENSIONES _____ GASTRO _____

NOMBRES Y APELLIDOS _____

CEDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL _____

FORMACIÓN PROFESIONAL _____ TELÉFONO _____

CELULAR _____ LUGAR DONDE LABORA _____

MARQUE EL PLAN AL CUAL LE GUSTARÍA PERTENECER.

BENEFICIARIO	CUOTA MENSUAL		COBERTURA	
	PLAN A B	PLAN	PLAN PLAN B	A
Asegurado Principal	RD\$15	RD\$50	RD\$25,000.00	RD\$80,000.00
Dependiente de tres (3) años hasta cincuenta (50) años.	RD\$20	RD\$60	RD\$25,000.00	RD\$80,000.00
Dependiente de cincuenta y uno (51) años hasta los setenta y cinco (75) años no cumplido.	RD\$25	RD\$75	RD\$25,000.00	RD\$80,000.00

DEPENDIENTES

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	CÉDULA

AUTORIZO DESCONTAR MENSUALMENTE DE MI SUELDO LA SUMA DE RD\$ _____ CORRESPONDIENTE A ESTE PLAN Y ENTREGARLOS A LA COOPERATIVA COMO PAGO DE LA PRIMA PARA COBERTURA EN CASO DE MI MUERTE O DE MIS FAMILIARES INDICADOS ANTERIORMENTE.

FIRMA

REGLAMENTOS PARA EL PLAN DE AYUDA MUTUA

ART. I. TIENE DERECHO A SER INSCRITO EN EL PRESENTE PLAN LAS PERSONAS SIGUIENTES: SOCIA/O, CÓNYUGE, HIJOS/AS Y PADRES.

ART. II. CUALQUIERA DE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN EL ARTÍCULO 1, CUYA EDAD ESTE COMPRENDIDA ENTRE LOS 3 AÑOS Y 75 AÑOS DE EDAD NO CUMPLIDO.

PÁRRAFO._

UNA VEZ INGRESADO AL PLAN, LA/EL SOCIA/O TIENE QUE DEPOSITAR LOS DOCUMENTOS QUE AVALEN EL PARENTESCO CON LOS AFILIADOS.

- ACTA DE MATRIMONIO LEGALIZADA
- ACTA DE NACIMIENTO LEGALIZADA
- COPIA DE CEDULA DE IDENTIDAD Y ELECTORAL

ART. III. QUEDA CONVENIDO QUE LA COOPERATIVA SOLO PAGARA DESPUÉS QUE TENGAN SEIS MESES ININTERRUMPIDO COTIZANDO EN EL PLAN.

ART. IV. EL PRESENTE CONTRATO SE RENOVARA AUTOMÁTICAMENTE CADA AÑO.

PÁRRAFO._

SI LA/EL SOCIA/O PERDIERA EL VÍNCULO CON LA COOPERATIVA POR CAUSAS AJENAS A SU VOLUNTAD, PODRÁ PERMANECER EN EL PLAN Y SER BENEFICIARIO DEL MISMO HASTA QUE CONCLUYA EL AÑO EN CURSO. SIEMPRE QUE PAGUE DE MANERA DIRECTA Y MENSUAL LA CUOTA CORRESPONDIENTE. SI EL AFILIADO SE ATRASA CON TRES (3) CUOTAS, EL CONTRATO SE CONSIDERA AUTOMÁTICAMENTE NULO.

ART. VI. LA COOPERATIVA DE ENFERMERAS SE RESERVA EL DERECHO DE SOMETER A EXAMEN MEDICO CUALQUIER SOLICITUD DEL PLAN.

PÁRRAFO I

EL PRESENTE CONTRATO NO CUBRIRÁ CASO DE MUERTE POR CICLONES, TERREMOTOS, INUNDACIONES, GUERRAS, SUICIDIOS, PARTICIPACIÓN DIRECTA DE DELITOS, HUELGAS, TUMULTOS, ETC.

PÁRRAFO II

EL PAGO O RECLAMACIÓN SE HARÁ DESPUÉS DE RECIBIR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

- ACTA DE DEFUNCIÓN CERTIFICADA
- COPIA DE CEDULA O ACTA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO
- CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE REQUIERA LA COOPERATIVA PARA COMPROBAR LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO.

EL PLAZO PARA RECLAMACIÓN NO SERÁ MAYOR DE 6 MESES.