



¡Más que un fondo... un amigo!

FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE

FORMATO DE SOLICITUD | AUXILIO DE SALUD VISUAL O DENTAL

Ciudad:

DATOS DEL SOLICITANTE (ASOCIADO)

Nombres y Apellidos (Completo)		Nº. Documento de Identidad	Celular Teléfono
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Empresa	Obra o Sede Laboral	Correo Electrónico de Contacto:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

INFORMACIÓN PARA ACCEDER AL AUXILIO

Me permito solicitar el Auxilio de Salud: Visual Dental Este Auxilio es para: Asociado Hijo Hijastro

Apellidos y Nombres Completos (Del Hijo o Hijastro) Nº. Documento de Identidad (Del Hijo o hijastro)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Auxilio Salud Visual: Apoyar tratamientos de salud visual (lentes, cirugías) de los asociados o sus hijos, debidamente soportados por entidades o profesionales de salud autorizados.
Auxilios Salud Dental: Apoyar tratamientos de salud dental (copagos, exámenes y cirugías) de los asociados o sus hijos, debidamente soportados por entidades o profesionales de salud autorizados.

Señor(a) Asociado(a),

Recuerde que junto a este formulario debes anexar los siguientes documentos:

- Factura electrónica con vigencia junio 2024 - marzo 2025 emitida por la entidad respectiva por la compra de lentes, copagos o la prestación de servicios de exámenes dentales y cirugías.
- Las dos últimas colillas de pago.

IMPORTANTE: Tener una antigüedad de un (1) año como asociado y no haber sido beneficiado de ningún tipo de AUXILIO en vigencias anteriores o en la actual.

CONDICIONES PARTICULARES

- El beneficio se extiende para el asociado, hijo o hijastro el cual deberá adjuntar la copia del registro civil del menor y registro de matrimonio o extra - juicio de convivencia en unión libre con la madre del hijastro(a).
- El auxilio se consignará directamente a la cuenta de nómina del Asociado.
- Antigüedad de 1 año como Asociado.
- No haber sido beneficiado de otros AUXILIOS del FONDO DE BIENESTAR SOCIAL por solicitud del Asociado en vigencias anteriores o en la actual.
- Se asignará por orden de radicación hasta agotar recursos.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro conocer las condiciones y políticas para el auxilio de salud dental o visual.
2. **AUTORIZACIÓN EXPRESA:** De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, autorizo, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE, siendo tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual y en base a la política de tratamiento, a la cual podré tener acceso Correo electrónico y pagina Web. De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE a la dirección de correo electrónico protecciondedatospersonales@fondoconfe.com, gerenciageneralconfe@concreto.com indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 140 # 10A - 48 OFICINA 508. Bogotá, Colombia.

Firma en conformidad,

USO EXCLUSIVO DE CONFE

Fecha de radicación

dd	mm	aa
----	----	----

Firma y sello
Recibido

FIRMA DEL ASOCIADO

C.C.

FORMA: SASVD-034 Jul/24