

1. DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS DE AMPAROS MUTUALES Y AHORROS

Yo, _____, con C.C. _____ de _____.

Declaro: que mis únicos beneficiarios para los **amparos, ahorros e intereses** son lo que registro en el día de hoy dejando sin efecto anteriores declaraciones.

IMPORTANTE: Verificar que la sumatoria de los porcentajes de los beneficiarios debe ser igual a 100 %.

PRIMEROS BENEFICIARIOS

	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento aaaa/mm/dd	Parentesco	%	BENEFICIARIO CONTINGENTE
					Nombres y apellidos
1.	C.C.:				C.C.:
2.	C.C.:				C.C.:
3.	C.C.:				C.C.:
4.	C.C.:				C.C.:
5.	C.C.:				C.C.:

SEGUNDOS BENEFICIARIOS

Recuerde que en ausencia de los primeros beneficiarios serán estos a quienes se trasladarán los derechos económicos

	Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento aaaa/mm/dd	Parentesco	%	BENEFICIARIO CONTINGENTE
					Nombres y apellidos
1.	C.C.:				C.C.:
2.	C.C.:				C.C.:

*Serán **BENEFICIARIOS CONTINGENTES** las personas bajo la siguiente condición: En el evento que los beneficiarios al momento de mi fallecimiento no sean mayores de edad, o no estén habilitados para el manejo de los negocios o no tengan el libre discernimiento de su voluntad, serán beneficiarios para los amparos, ahorros e intereses las personas designadas en el presente documento.

2. DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS FONDO SOCIAL EXEQUIAL

Yo, _____, identificado(a) con la C.C. Nro. _____ expedida en _____, declaro que las siguientes personas serán los beneficiarios cubiertos por el fondo social exequial, en cuyo fallecimiento, se me reconocerá un auxilio equivalente a 8 salarios mínimos mensuales legales vigentes al momento de la ocurrencia del hecho. Igualmente reconozco que estos beneficiarios serán únicamente mi esposo (a) y padres (sin límite de edad) e hijos menores de 25 años.

	Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento aaaa/mm/dd	Parentesco Padre, Madre, Esposa/o, Hijo/a
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Nota: en caso de fallecimiento del asociado(a), se reconocerá un auxilio equivalente a 10 salarios mínimos mensuales legales vigentes, y lo recibirán los beneficiarios declarados para los amparos mutuales y ahorros.

Declaro que conozco en su integridad los reglamentos pertinentes al **Amparo Mutuo de Vida** y el **Fondo Social Exequial**. Me comprometo a partir de la fecha de vinculación a cancelar oportunamente por mensualidades anticipadas la cuota correspondiente. Igualmente acepto desde ahora la extensión o suspensión de dichos servicios por incumplimiento en el pago de dos o más cuotas, así como renuncio a la notificación de la extinción o suspensión del precitado amparo por parte de PROMEDICO, todo de conformidad con las normas que lo reglamentan. Para todos los efectos legales, certifico que la información aquí consignada es verídica, y acepto que cualquier falsedad causará nulidad de la cobertura señalada por el servicio, así como si los beneficiarios señalados superan la edad máxima de permanencia en el **Fondo Social Exequial**.

En constancia de lo anterior, firmo en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 ____ (dos mil _____)