

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 %.

- Si existe entre los beneficiarios alguno en condición de PEPs marque con una X (Ver definición anexo 1, punto 1).

PRIMEROS BENEFICIARIOS

	Nombres y Apellidos	PEP	Fecha de Nacimiento aaaa/mm/dd	Parentesco	%	BENEFICIARIO CONTINGENTE	PEP
						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	PEP	Fecha de Nacimiento aaaa/mm/dd	Parentesco	%	BENEFICIARIO CONTINGENTE	PEP
						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 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.

- Si existe entre los beneficiarios alguno en condición de discapacidad por favor marcar con una X en la columna ED (Estado Discapacidad)

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

Nota: en caso de fallecimiento del asociado(a), se reconocerá un auxilio y lo recibirán los beneficiarios declarados para los amparos mutuales y ahorros.

- Certifico que el suministro de la información de terceros adultos y menores de edad se realiza con previa autorización de estos o de sus padres, o sus representantes legales, con lo anterior asumo la plena responsabilidad frente a la consecución y uso de dicha información para hacer efectivos los beneficios a los cuales estos tienen derecho.

• 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 _____)

1. Definición PEP

Personas Expuestas Públicamente (PEP's): Son personas nacionales o extranjeras, ya sea a título de asociado/cliente o beneficiario final, que por razón de su cargo manejan recursos públicos o tienen poder de disposición sobre éstos, se les ha confiado una función pública prominente en una organización internacional o del Estado, o gozan de reconocimiento público y pueden exponer en mayor grado a la organización solidaria al riesgo de LA/FT. (Definición tomada de la Guía de Gestión del Riesgo de LA/FT para el Sector Solidario 2017).

2. Cláusula de Autorización de Manejo y Tratamiento de Datos Personales, con la siguiente información:

"Autorizo de manera expresa y previa a PROMEDICO quien sera el responsable directamente o a través de terceros para que realice el tratamiento de los datos de los cuales soy titular de acuerdo a la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en la pagina web: www.promedico.com.co, en medios físicos, digitales o electrónicos, sobre mi información personal, incluyendo, pero sin limitarse a aquella de carácter financiero, crediticio, comercial, profesional, sensible, privada, semiprivada, pasada, presente o futura, contenida en cualquier medio físico, digital o electrónico, para:

- a. Promocionar, comercializar u ofrecer, de manera individual o conjunta, productos y servicios de PROMEDICO y/o en convenio, a través de cualquier medio o canal, o para complementar, optimizar o profundizar el portafolio actualmente ofrecido.
- b. Analizar dicha información desde la vinculación y durante la vigencia de la relación asociativa y/o las relaciones jurídicas y comerciales vigentes en el tiempo.
- c. Elaborar encuestas de satisfacción, estudios y análisis de mercado, incluyendo la posibilidad de establecer contacto telefónico o por correo electrónico para dichos propósitos.
- d. Enviar mensajes, notificaciones o alertas a través de medios físicos, electrónicos o digitales para remitir estados de cuenta, divulgar información legal, de seguridad, promociones, campañas, sorteos, eventos u otros beneficios e informar acerca de los ajustes en los productos y/o servicios. Declaro haber sido informado sobre mi derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, conocer el carácter facultativo de mis respuestas a las preguntas que sean hechas cuando versen sobre datos sensibles o sobre datos de los niños, niñas o adolescentes, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la autoridad competente por infracción a la ley una vez haya agotado el trámite de consulta o reclamo ante PROMEDICO, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, en los casos en que sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismos. Adicionalmente mediante el otorgamiento de la presente autorización, manifiesto que los datos personales suministrados son veraces, verificables y completos."