

**FONDO SOCIAL EXEQUIAL
DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS CUBIERTOS POR EL SERVICIO**



PROMEDICO
FONDO DE EMPLEADOS MÉDICOS DE COLOMBIA

YO, _____, IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA 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) O COMPAÑERO(A) PERMANENTE* (SIN LIMITE DE EDAD), HIJOS (QUE NO HAYAN CUMPLIDO 25 AÑOS) Y/O MIS PADRES (QUE NO HAYAN CUMPLIDO 70 AÑOS)

NOMBRE BENEFICIARIO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y LUGAR EXP.	FECHA DE NACIMIENTO AAAA/MM/DD	PARENTESCO

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LA INFORMACION 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.

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 DE LOS AMPAROS MUTUALES Y AHORROS.

FIRMA ASOCIADO

HUELLA DIGITAL

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

**SE ENTENDERÁ POR COMPAÑERO(A) PERMANENTE AQUEL (AQUELLA) CON QUIEN LA CONVIVENCIA HA SUPERADO LOS DOS (2) AÑOS CONSECUTIVOS, SEGÚN LA LEY.*