

1. DECLARACION DE BENEFICIARIOS DE AMPAROS MUTUALES Y AHORROS

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en la ciudad de _____, encontrándome en pleno uso de mis facultades legales y habiendo recibido información suficiente y completa relativa a los productos otorgados por el FONDO DE EMPLEADOS MEDICOS DE COLOMBIA PROMEDICO; me permito declarar: Que mis únicos beneficiarios para los amparos, ahorros e intereses son los que registro en el presente documento dejando sin efecto cualquier declaración anterior que verse sobre lo mismo:

	Nombres y Apellidos	PEP	Fecha Nacimiento aaaa/mm/dd	Parentesco	%	BENEFICIARIO CONTINGENTE		Parentesco	PEP
						Nombre 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 éstos a quienes se trasladarán los derechos económicos

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

* Serán **BENEFICIARIOS CONTINGENTES** los representantes y/o administradores de los primeros o segundos beneficiarios que no hayan cumplido la mayoría de edad, se encuentren declarados con algún tipo de discapacidad.

2. DECLARACION DE BENEFICIARIOS FONDO SOCIAL EXEQUIAL

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en la ciudad de _____, encontrándome en pleno uso de mis facultades legales y habiendo recibido información suficiente y completa relativa al FONDO SOCIAL EXEQUIAL ofrecido por el FONDO DE EMPLEADOS MEDICOS DE COLOMBIA PROMEDICO; me permito declarar: Serán beneficiarios cubiertos por el fondo social exequial las siguientes personas 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 limite de edad) e hijos menores de 25 años.

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

* Si existe algún beneficiario en condición de discapacidad favor marcar con una X en la columna ED (Estado Discapacidad)

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

OTRAS DECLARACIONES LEGALES:

Declaro 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.

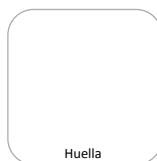
Declaro que conozco en su integridad los reglamentos pertinentes al Amparo Mutuo de Vida y el Fondo Social Exequial. Para todos los efectos legales, certifico que la información aquí consignada es verídica, y acepto que cualquier falsedad causará nulidad de la cobertura señalada por el servicio, así como si los beneficiarios señalados superan la edad máxima de permanencia en el Fondo Social Exequial.

Declaro reconocer la validez legal del presente documento y que la información aquí contenida es la manifestación expresa de mi voluntad libre de cualquier constreñimiento y en pleno uso de mis facultades legales.

Declaro que de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, Ley 1581 de 2012 y Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al FONDO DE EMPLEADOS MEDICOS DE COLOMBIA - PROMEDICO, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados en los siguientes términos: 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 y mejorar las ofertas en el mercado. 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.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.promedico.com.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible. Manifiesto que como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales en la Av. 6AN No.22N-54, Cali - Valle del Cauca o electrónicos a través del email comunicaciones@promedico.com.co, teléfono (2) 660 4400.

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



FIRMA ASOCIADO

1. Definición PEP

Personas expuestas Políticamente: Para efecto del cumplimiento de las obligaciones derivadas de este capítulo, durante el periodo en que ocupen sus cargos y durante los dos (2) años siguientes a su dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, se considerarán como Personas Expuestas Políticamente (PEP) las siguientes:

1. Presidente de la República, Vicepresidente de la República, altos consejeros, director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, ministros y viceministros.
2. Secretarios Generales, Tesoreros, Directores Financieros de los Ministerios, los Departamentos Administrativos y las Superintendencias.
3. Presidentes, Directores, Gerentes, Secretarios Generales, Tesoreros, Directores Financieros de (i) los Establecimientos Públicos, (ii) las Unidades Administrativas Especiales, (iii) las Empresas Públicas de Servicios Públicos Domiciliarios, (iv) las Empresas Sociales del Estado, (v) las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y (vi) las Sociedades de Economía Mixta.
4. Superintendentes y Superintendentes Delegados.
5. Generales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, e Inspectores de la Policía Nacional.
6. Gobernadores, Alcaldes, Diputados, Concejales, Tesoreros, Directores Financieros y Secretarios Generales de i) gobernaciones ii) alcaldías iii) concejos municipales y distritales y iv) asambleas departamentales.
7. Senadores, Representantes a la Cámara, Secretarios Generales, secretarios de las comisiones constitucionales permanentes del Congreso de la República y Directores Administrativos del Senado y de la Cámara de Representantes.
8. Gerente y Codirectores de Banco de la República.
9. Directores de las Corporaciones Autónomas Regionales.
10. Comisionados Nacionales del Servicio Civil, Comisionados de la Autoridad Nacional de Televisión, de la Comisión de Regulación de Energía y Gas, de la Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico y de la Comisión de Regulación de Comunicaciones.
11. Magistrados, Magistrados Auxiliares y Consejeros de Tribunales y Altas Cortes, jueces de la república, Fiscal General de la Nación, Vice Fiscal General de la Nación, Director de Fiscalías Nacionales, Director Nacional de Seccionales y Seguridad Ciudadana.
12. Contralor General de la República, Vicecontralor, Contralores Delegados, Contralores territoriales, Contador, Procurador General de la Nación, Viceprocurador General de la Nación, Procuradores Delegados, Defensor del Pueblo Vice Defensor del Pueblo, Defensores Delegados y Auditor General de la República.
13. Consejeros del Consejo Nacional Electoral, Registrador Nacional del Estado Civil y Registradores Delegados.
14. Representantes legales, presidentes, directores y tesoreros de partidos y movimientos políticos, y de otras formas de asociación política reconocidas por la ley.
15. Los directores y tesoreros de patrimonios autónomos o fideicomisos que administren recursos públicos.