



**FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA - SUFONDOS
NIT 860.016.239-3**

Bogotá D.C., _____

Señores
FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
“SUFONDOS”
Ciudad

Referencia: Autorización Programa Plan Beneficios por Fallecimiento.

Apreciados señores:

Por medio de la presente y en virtud del Acuerdo No. 001 de 2001, modificado por el Acuerdo 004 de 2011, aprobado por la Junta Directiva de SUFONDOS, relacionado con el programa de beneficios para todos sus asociados, mediante el cual se relacionan los términos y condiciones, con el fin de reconocer por una única vez al grupo familiar del asociado el giro del auxilio por muerte.

Por lo anterior solicito que, en dicha eventualidad, se efectuó el desembolso del **Programa Plan Beneficios por Fallecimiento** de la siguiente manera:

Información de los Beneficiarios Designados					
N.º	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO Y N.º DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% ASIGNADO	No. TELEFONO
1					
2					
3					
4					
5					



FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA - SUFONDOS
NIT 860.016.239-3

Así mismo certifico que los beneficiarios señalados corresponden a mi grupo familiar, en concordancia con lo señalado en el artículo 3 definición 6 “Grupo Familiar del Asociado” del acuerdo mencionado. (.....)

“Grupo familiar del asociado”: Son las personas naturales (entendidas ellas como el cónyuge o compañero o compañera permanente, hijos o padres y demás familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero Civil) que el asociado haya designado como beneficiarias del auxilio económico de que trata el parágrafo del artículo 21 de los Estatutos, en el evento de que él muera.

Si el asociado no hubiere designado los beneficiarios de este auxilio, se entenderán como tales sus legítimos herederos, según la ley. “Programa de beneficios por muerte del asociado”: Se entiende como tal el auxilio económico que se concede al grupo familiar del asociado que fallezca, de acuerdo con las disposiciones del presente reglamento (....)

Finalmente, y según el capítulo VI, artículo 7º del mismo acuerdo, **AUTORIZO** para que el valor de la contribución destinada al programa de beneficios se efectúe en forma anticipada a la vigencia respectiva a través de: (marcar con una X su selección):

FORMA DE PAGO	
Descuento por Nómina	<input type="checkbox"/>
Intereses Ahorro Permanente	<input type="checkbox"/>
Pago total de la prima por caja	<input type="checkbox"/>

COBERTURA	
50 S.M.M.L.V	<input type="checkbox"/>
100 S.M.M.L.V	<input type="checkbox"/>

Cordialmente,

Nombre del Asociado
C.C.
Entidad:
N.º Celular:

Firma