

Fecha DD MM AA



Certificado CO14/5971

Señores
FONDO DE EMPLEADOS SECRÉDITOS
UNIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Ciudad: _____

FORMATO SOLICITUD AUXILIO FONDO MUTUAL

De acuerdo con el reglamento de beneficios me permito adjuntar los siguientes requisitos para acceder al beneficio:

1. Tener seis (6) meses de antigüedad como Asociado en el fondo.
2. Visto bueno de Recursos Humanos.
3. Presentar el certificado de defunción.
4. Acreditar el registro civil del beneficiario para demostrar el parentesco

Beneficiarios:

En caso del fallecimiento de un miembro del núcleo familiar, el beneficiario será el Asociado, después de demostrar el parentesco con el familiar fallecido.

En caso de fallecimiento del Asociado, los Familiares herederos que de acuerdo con la ley acrediten su parentesco.

a. Núcleo Familiar

	Cónyuge	Hijos	Padres
Asociado Casado	☐	☐	☐
Asociado soltero	☐	☐	☐

Término para presentar solicitud en caso de fallecimiento de un miembro del núcleo familiar no mayor a dos (2) meses posteriores a la ocurrencia del hecho

b. Autorizo para que el Fondo Mutual sea abonado a mi cuenta:

Autorización de desembolso

Empresa: _____ Banco: _____

No. de cuenta _____ Ahorros ☐ Corriente ☐

NOTA: Todos los campos deben ser totalmente diligenciados.



Certificado CO14/5971

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

Autorizo a que la información recolectada en este formulario, repose en las bases de datos del fondo y sea utilizada para los fines propios de la institución y en general, para el ejercicio del objeto social. Así, mis datos personales podrán ser procesados, recolectados, almacenados, usados y actualizados para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto con SECCREDITOS

Autorizo: Sí ☐ No ☐

PROTECCIÓN DE DATOS

En Cumplimiento del artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, SECCREDITOS, informa que previamente a la expedición del Decreto, ha recolectado información personal de nuestros asociados, la cual reposa en las bases de datos del Fondo, y es utilizada para los fines propios de nuestra institución, específicamente para mantener los lazos con todos los asociados y en general, para el ejercicio del objeto social. Los titulares de los datos podrán ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS SECCREDITOS a la dirección de correo electrónico empleadodecumplimientos@seccreditos.org.co, atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la política de protección de datos del Fondo.

Autorizo: Sí ☐ No ☐

En constancia de haber leído lo descrito, firmo el presente documento:

Firma: _____ Nombre: _____

(Firme digitalmente o, en caso de realizarlo a mano, una vez haya completado los demás campos, imprima el formulario, firme y luego escanéelo nuevamente)

Cédula: _____ E-mail: _____

Dirección: _____

Celular: _____

NOTA: Todos los campos deben ser totalmente diligenciados.