

PCBDIG04-02/12/2013 - 00123



Solicitud de Retiro de Aportes
Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS Nit. 830.101.782-6
Aseguradora de Vida COLSEGUROS S.A. Nit. 860.027.404-1
Cédulas Colón de Capitalización COLSEGUROS S.A. Nit. 860.009.186-2



CANCELACIÓN TOTAL [] RETIRO PARCIAL [X] []

2080 152155

Identificación del Afiliado

Número de Tarjeta / Contrato 41000 7029100

Form fields for identification: Ciudad (Medellin), Apellidos y Nombres/Razón Social (FRANCISCO GILBERTO VALLEJO GIRALDO), Doc. Identidad (CC Y CE), No. (3.551.057), Ciudad Exp. (RIOHUEGUO), Teléfono de Contacto (531 2242), Dirección (CALLE 52 NO 57 B-22 RIOHUEGUO), Celular (3137803149)

La información suministrada en este formulario será utilizada para actualizar sus datos básicos en el sistema.

Información de Retiro

Form fields for retirement info: Valor Solicitado (\$ 4.000.000), Valor en Letras (CUATRO MILLONES DE PESO), Autorizo realizar el pago con abono a mi cuenta de Ahorros [X] Corriente No. 1009002456922 del banco Bancolombia

Motivo del Retiro

Form fields for reason of withdrawal: Necesidad de liquidez [X], Asesoría/Servicio deficiente [], Baja Rentabilidad [], Mejor oferta en el mercado [], Otro []

Cambio de Producto/Contrato

Form fields for product/contract change: Autorizo a: Fondo Voluntario de Pensiones [], Cédulas Colón de Capitalización Colseguros S.A. [], A realizar un: Retiro Parcial [], Retiro Total [], Por valor de: \$ 2009 MAR 9 AM 11:25

Observaciones

Empty text box for observations

1. Si el presente formato está mal diligenciado o se presta para interpretaciones ambiguas, el Fondo Voluntario de Pensiones COLSEGUROS o Cédulas Colón de Capitalización COLSEGUROS se reservan el derecho de tramitar esta solicitud. 2. Favor entregar esta solicitud en una oficina de Colseguros o enviarla via fax al número 561 65 03 en Bogotá.

Autorización de Pagos

Form fields for payment authorization: Autorizo pago a un tercero de nombre [], Transferecia electrónica a nombre del tercero [], Giro cheque a nombre del tercero [], Anexo la forma ASE013 diligenciada

Signature and fingerprint area: Firma del participante o afiliado, C.C. O.C.E. No. 3564054

Form fields for recipient: Nombre funcionario que recibe, Firma, Nombre

Para uso COLSEGUROS

Form fields for use: Fecha de Trámite en el Sistema

Form fields for issuer: Nombre funcionario que tramita, Firma, Nombre

Una compañía de Allianz

Colseguros Cliente

ASE004 X 2005

Una compañía de Allianz

IMPRESO POR LEGIMAF IMPRESORES LTDA. Nit. 830.186.925-5 TEL. 221 6663

REGISTRO AUTOMÁTICO DE INSCRIPCIÓN DE CEDULAS

02/11/11 Impreso por LEGIMAF S.A.

Anexo formato de Retiro Parcial Total
Plan Ideal Vida Inversión No.

Señores
ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A.
Ciudad

2009 MAR 9 AM 11:25

Apreciados señores

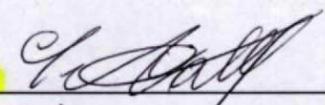
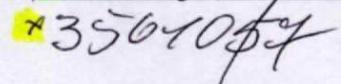
1. Por medio del presente documento, declaro tener conocimiento del anexo del Reglamento del Plan Ideal Vida Inversión para clientes de Hoy y Mañana, que me ha sido entregado y que dispone lo siguiente:

"La opción de producto Plan Ideal Vida Inversión que usted ha aceptado escoger como sustitución al Seguro de Vida Hoy y Mañana, le permitirá bajo los supuestos proyectados para su respectiva póliza y que han sido ilustrados por su asesor, continuar con su opción de protección hasta los 80 años de igual manera que en el Seguro de Vida Hoy y Mañana que usted tenía contratado, **siempre y cuando usted no realice retiro alguno de su cuenta de ahorro individual hasta el cumplimiento de la edad antes mencionada**".

De acuerdo con lo anterior, declaro expresamente que entiendo y acepto que al hacer el retiro parcial del contrato de la referencia, la cobertura de la Póliza de Vida de Plan Ideal Vida Inversión, ya no será garantizada por Aseguradora de Vida Colseguros S.A. hasta la edad de 80 años, teniendo en cuenta que el valor de fondo que permitiría dicha protección futura será disminuido por el retiro que he efectuado, y por ende los rendimientos proyectados no podrán corresponder a lo presentado en la oferta inicial de la póliza, de tal forma que la cobertura existirá solamente hasta el momento en que el saldo del Plan se agote, y no sea posible descontar las primas correspondientes.

Así mismo estoy informado respecto a la cancelación de la póliza de Plan Ideal Vida Inversión al efectuar el retiro total de mi contrato de Plan Ideal.

Nombre:
C.C.
Fecha:

Firma: 

06-03-2009.

