

FORMATO DE RESPONSABILIDAD DE SUPERVIVENCIA Y MANEJO DE LA CUENTA DE DEPÓSITOS DEL PENSIONADO

CIUDAD _____ FECHA _____

Yo, identificado como aparece al pie de mi firma me obligo a manejar en la cuenta de ahorros de pensionados No. _____, de la cual soy titular única y exclusivamente los fondos abonados por _____ (Nombre de la entidad pagadora) por concepto de pensiones e indemnizaciones de invalidez, vejez y/o sobrevivientes.

En consecuencia, autorizo expresa e irrevocablemente al BANCO para que debite de mi cuenta toda suma abonada después de mi fallecimiento y la devuelva al depositante y/o la entidad pagadora. En caso de ser necesario, solicitaré directamente ante la entidad pagadora el reembolso de los dineros devueltos por BANCO.

NOMBRE DEL PENSIONADO _____

FIRMA DEL PENSIONADO _____

NÚMERO DE CÉDULA DEL PENSIONADO _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PENSIONADO _____

CIUDAD DE RESIDENCIA _____

PAÍS _____

TELÉFONO _____