

**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 \_\_\_\_\_