

SOLICITUD CONTINUIDAD FONDO DE EMPLEADOS ALLIANZ

Ciudad _____

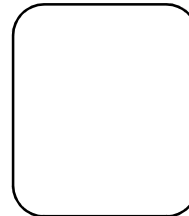
Fecha _____

Señores
Fondo de Empleados Allianz y Sus Filiales
Ciudad

Por medio de la presente me permito solicitar mi continuidad como Asociado (a) al Fondo de Empleados Allianz, teniendo en cuenta que a partir del día _____ del mes _____ del año _____ me desvinculé como funcionario (a) de la entidad _____.

Manifiesto mi deseo de permanecer vinculado (a) al Fondo de Empleados Allianz con un ahorro mensual por valor de \$ _____. Así mismo, me comprometo a realizar oportunamente los pagos periódicos de todas mis obligaciones económicas (ahorros, créditos y convenios) dentro del mes correspondiente.

Cordialmente,

FIRMA**HUELLA**

Nombre completo: _____

Numero de Documento: _____

Teléfono Móvil: _____

Correo Electrónico: _____



Carrera 13 A No. 29 - 24
Piso 16 Norte, Bogotá D.C.



(320) 413 8797
(310) 424 2124
(316) 465 7608



gerencia@fondoallianz.com



fondoallianz.com