

**SOLICITUD - RETIRO PARCIAL DE
AHORROS PERMANENTES**

FONDO DE EMPLEADOS ALLIANZ

NIT 860.006.607-8

TEL FIJO 5169469/5169654 WhatsApp 3219586677

DIRECCION CRA 13 A # 29 - 24 Piso 15

BOGOTA D.C.



CIUDAD

FECHA					

1. INFORMACION BASICA PERSONAL

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de Documento		No, de Documento			
C.C	C.E.	P.A.			Lugar de Expedición
Teléfono Fijo		Celular Personal		Correo Electrónico Personal	

Señores Fondo de Empleados Allianz y sus Filiales
Cordialmente solicito me autoricen el Retiro Parcial de mis Ahorros Permanentes por la suma de
\$ _____ , con el siguiente destino:

Abonar a mi Cuenta Bancaria		Banco	Tipo de Cuenta		Número de Cuenta
			Ahorros	Corriente	
Compensar las obligaciones:					

** No nos hacemos responsables si el dato suministrado en el número de la cuenta no corresponde al asociado(a), así como débitos automáticos que se generen producto de esta transferencia.

FIRMA DEL ASOCIADO(A)	ESPACIO EXCLUSIVO FONDO DE EMPLEADOS ALLIANZ	
	Valor Aprobado	<input type="text"/>
C.C. _____	FIRMAS AUTORIZADAS	