

**AUTORIZACIÓN DE TRASLADO A LA MODALIDAD DE RENTA VITALICIA
CON OFERTA DE ASEGURADORA**

_____, ____ / ____ / ____
Ciudad DD / MM / AAAA

Cédula del Afiliado

Señores

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

Por medio del presente yo _____ identificado(a) con la cédula de ciudadanía número _____ de _____, en calidad de **(Marcar con una X)**

PENSIONADO(A)
 BENEFICIARIO(A)

REPRESENTANTE LEGAL DE:

Nombre de los beneficiarios(s)

Nombre de los beneficiarios(s)

Nombre de los beneficiarios(s)

Nota: Para pensiones de sobrevivencia puede indicar más de una calidad.

1. He sido beneficiario de un reconocimiento de pensión de (Marcar con una X)

VEJEZ
 INVALIDEZ
 SOBREVIVENCIA

2. COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS me ha explicado con claridad y suficiencia todos los derechos y obligaciones, consecuencias y responsabilidades que me corresponden al momento de ejercer libremente mi derecho a escoger pensionarme bajo cualquiera de las modalidades de pensión que hoy día se establecen en la legislación vigente.

3. Que libremente he escogido el pago de mi pensión bajo la modalidad de Renta Vitalicia, una vez recibida la debida asesoría por parte de **COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**, con las siguientes características:

- (*) Valor de mesada pensional: \$ _____
- (*) Número de mesadas al año: _____
- (*) Fecha de presentación de oferta: _____

***Nota: estos campos se deben diligenciar únicamente para traslados con oferta de cotización.**

4. Que **COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS** ha procedido a cumplir con mi solicitud de escogencia de modalidad de pensión y por tal razón, ha procedido a solicitar cotizaciones a todas las aseguradoras con el ramo de seguros de vida y previsional correspondiente, de conformidad con la normatividad aplicable.

Los espacios marcados con el asterisco (*) son de carácter obligatorio; los demás, son opcionales:

Dirección Actual: * _____
Ciudad – Departamento: * _____
Correo electrónico: * _____

Teléfono Fijo: * _____
Teléfono Celular: * _____
EPS Actual: * _____
Caja de Compensación: _____
Banco: _____
Tipo de Cuenta: _____
Número de Cuenta: _____

Cordialmente,

Firma: _____

Nombre: _____

Cédula. _____

Teléfono _____

Indico que lo manifestado en esta declaración es verídico y acepto que Colfondos S.A no asume ninguna responsabilidad en caso de que haya habido error, falsedad, omisión o reticencia.