

# FORMULARIO RECLAMACIÓN DE DEVOLUCION DE AHORROS

Espacio reservado para Fincomercio

## MARQUE EL TIPO DE RECLAMACIÓN

Muerte Natural  Muerte Violenta  Muerte Accidental

Tipo de saldo a reclamar Ahorros  CDAT

## Información del Asociado Fallecido.

<b>Nombre:</b>		Tipo C.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/>	Numero de identificación													
		Ident.RUT <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/>														
<b>Estado Civil:</b>	Viudo <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Union Libre <input type="checkbox"/>	N° de Hijos												
	Casado <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>+</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	+					

## Datos de los Beneficiarios / Herederos / Reclamantes

### Información de los Beneficiarios / Herederos

Tipo Doc.	N° Documento de Identidad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco

Yo (nosotros), mayor (es) de edad, identificado (s) como aparece al pie de mi (nuestra) firma, actuando en mi (nuestra) calidad de LEGÍTIMO (S) Y ÚNICO (S) HEREDERO (S), de el (la) señor(a) antes mencionado (a) (q.e.p.d), por medio del presente solicito se inicie y lleve a cabo la gestión de reclamación y cobranza correspondientes al pago total de los aportes, ahorros y otros saldos a favor que él (ella) poseía en la cooperativa. Así mismo manifestamos bajo la **Gravedad de Juramento** que no existen otras personas descendientes ni ascendientes como (hijos reconocidos, adoptivos, vivos o fallecidos, hermanos, etc.) y de acuerdo al orden sucesoral con igual o mayor derecho a reclamar que los mencionados anteriormente.

## PODER ESPECIAL

Así mismo conferimos poder especial, amplio y suficiente a la persona abajo relacionada para que inicie y lleve a cabo la gestión de reclamación y cobranza correspondientes al pago total de los Aportes, Ahorros y otros saldos a favor. Mi (nuestra) apoderado (a) cuenta con las facultades inherentes para el ejercicio del presente poder, en especial las de recibir los correspondientes dineros, transigir, sustituir, reasumir y en general todas aquellas necesarias para el buen cumplimiento de su gestión.

### Datos del Apoderado(a)

Para notificaciones sobre el trámite, Fincomercio se podrá comunicar con la persona relacionada a continuación:

Tipo Doc.	N° Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
Dirección:		Ciudad:		Barrio
Teléfono Fijo:		Teléfono Celular		Correo Electrónico:

Solicito (tamos) que los saldos a favor, sean entregados de la siguiente forma:

ACH  Cuenta N° \_\_\_\_\_ Ahorros  Corriente  Banco \_\_\_\_\_

Titular de la cuenta: \_\_\_\_\_ Cheque

Para constancia se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ Días, del mes

\_\_\_\_\_ del 201 \_\_\_\_\_

Manifiesto (mos) bajo la **Gravedad de Juramento** que toda la información aquí plasmada es real y cierta, y me (nos) obligo (amos) a reembolsar a quien (es) acredite igual o mejor derecho que el acreditado por mí (nosotros), en el término en que esta entidad me (nos) indique, cualquier suma de dinero que por el mismo concepto, me (nos) vea (mos) obligado (s) a pagar a terceros beneficiarios e indemnizare Fincomercio Ltda por los perjuicios que pudieran generarse con ocasión a las nuevas reclamaciones. Seré YO (NOSOTROS) y no Fincomercio quién responda a éstos, y exoneramos de toda responsabilidad presente y futura a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Fincomercio NIT 860.007.237-5 por los saldos reclamados de aportes, ahorros y otros, así mismo extendemos esta exoneración a la Compañía de Seguros por el valor de la indemnización, correspondiente al beneficio de la póliza de vida que nos otorga la Cooperativa, de cumplirse todas las condiciones para la póliza vigente..

## COMPROMISOS PARA LA RECLAMACIÓN DE DEVOLUCIÓN DE AHORROS

1. Dar la información veraz y oportuna a la Cooperativa de ahorro y crédito FINCOMERCIO, sobre los herederos y/o beneficiarios legítimos. 2. Certificar mediante el FORMULARIO RECLAMACIÓN DE DEVOLUCIÓN DE AHORRO que la información allí plasmada es real, y exonera a FINCOMERCIO de futuras reclamaciones hechas por nuevos herederos y/o beneficiarios no registrados en el FORMULARIO RECLAMACIÓN DE DEVOLUCIÓN DE AHORRO. 3. A existir acuerdos entre la totalidad de las personas llamadas a suceder al afiliado fallecido, y a designar un(a) apoderado(a) para concentrar todo lo concerniente a la reclamación. 4. A allegar toda la documentación solicitada por FINCOMERCIO con el fin de demostrar el hecho de muerte del asociado Fallecido, así como para demostrar la afinidad de los reclamantes con el difunto, y demás que la Cooperativa determine para este fin.

Con el fin de iniciar el trámite ante la Cooperativa de ahorro y crédito FINCOMERCIO, hago (mos) llegar este documento autenticado (Firma y Huella) ante notario público para omitir trámite presencial, como solemnidad requerida para este fin, por todos los herederos, beneficiarios y/o reclamantes registrados en el FORMULARIO RECLAMACIÓN DE DEVOLUCIÓN DE AHORRO.

### Espacio para autenticar firma y Huella

Para aquellos casos donde la cantidad de Beneficiarios exceda los cinco (5), o que el espacio para autenticación de firma y huella resulte insuficiente, se debe diligenciar otro FORMULARIO RECLAMACIÓN DE DEVOLUCIÓN DE AHORROS con la información de los restantes beneficiarios, herederos y/o reclamantes y la firma y huella autenticada de los mismos.

### ESPACIO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DE FINCOMERCIO

Usuario que verifica \_\_\_\_\_ Fecha de verificación: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_