



# *Asociación Nacional de Pensionados del Banco de la República*

## FORMULARIO DE AFILIACION

Pensionado       Sustitución pensional       \_\_\_\_\_  
Ciudad y fecha

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido      Segundo Apellido      Nombres

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de Nacimiento      No de cédula de ciudadanía

\_\_\_\_\_  
Profesión      Fecha de pensión      Valor de la pensión

\_\_\_\_\_  
Dirección de residencia      Teléfono fijo      Celular

\_\_\_\_\_  
Dirección Oficina      Correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge      Fecha de nacimiento      Cédula de ciudadanía

Me comprometo a cumplir con todas las normas y determinaciones vigentes en los Estatutos o en aquellas que ustedes establezcan por decisión de la Asamblea Nacional de Delegados o de la Junta Directiva y autorizó se realice el descuento por concepto de afiliación.

\_\_\_\_\_  
Firma

[



# Asociación Nacional de Pensionados del Banco de la República

## AUTORIZACIÓN PARA AUXILIO PÓSTUMO

\_\_\_\_\_  
Ciudad y fecha

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido

\_\_\_\_\_  
Segundo Apellido

\_\_\_\_\_  
Nombres

En mi condición de afiliado a la Asociación Nacional de Pensionados del Banco de la República, me permito manifestarles, que de conformidad con la aprobación de la Asamblea Nacional de Delegados he designado como beneficiario(s) del AUXILIO POSTUMO a la(s) siguiente(s) persona(s):

- |    |                             |                     |            |                                                                          |
|----|-----------------------------|---------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. | _____<br>Nombre y apellidos | _____<br>Parentesco | _____<br>% | _____<br>C.C. <input type="checkbox"/> T. de I. <input type="checkbox"/> |
| 2. | _____<br>Nombre y apellidos | _____<br>Parentesco | _____<br>% | _____<br>C.C. <input type="checkbox"/> T. de I. <input type="checkbox"/> |
| 3. | _____<br>Nombre y apellidos | _____<br>Parentesco | _____<br>% | _____<br>C.C. <input type="checkbox"/> T. de I. <input type="checkbox"/> |

A quien(es) se le(s) pagará el valor de mi auxilio póstumo en la proporción indicada.

En consecuencia, si se presentare el caso de pagar este auxilio como afiliado a la Asociación, deberá hacerse conforme a mi voluntad en la forma expresada.

La presente comunicación deja sin efecto cualquier otra anterior que les haya dirigido en este mismo sentido.

\_\_\_\_\_  
Firma y cédula de ciudadanía

[