



Fondo de Empleados del Grupo Bancolombia

SOLICITUD DE RETIRO VOLUNTARIO

Diligenciar, firmar y enviar en original

V2-2021

1. Información del Asociado Fecha de Diligenciamiento _____

Nombres y Apellidos (completos)		N° de identificación	Ciudad
Teléfono Fijo Residencia	Teléfono Celular	Nombre de Dependencia o Sucursal	Teléfono Fijo Laboral
Extensión	Correo Electrónico Personal	Correo Electrónico Laboral	

Sra. Gerente
Fondo de Empleados del Grupo Bancolombia - Febanc -
Medellín

Por medio de la presente solicito mi retiro del Fondo de Empleados del Grupo Bancolombia -Febanc- a partir de la fecha, por consiguiente solicito compensar mis aportes y ahorros con el total de las deudas. Si una vez efectuada la compensación queda algún saldo disponible a mi favor, solicito que sea consignado en la cuenta bancaria que tengo registrada en Febanc.

2. Motivo(s) del Retiro

<input type="radio"/> Motivos personales, no indica	<input type="radio"/> Necesita ahorros, no quiere deudas	<input type="radio"/> Necesita crédito, no fue otorgado	<input type="radio"/> Mal servicio
<input type="radio"/> No le adjudican inmuebles vacacionales	<input type="radio"/> No tiene beneficio del fondo	<input type="radio"/> Mejor rentabilidad en otra entidad	
<input type="radio"/> Reporte en centrales de riesgo	<input type="radio"/> Se retira de todos los fondos	<input type="radio"/> Situación económica difícil	<input type="radio"/> Situación familiar difícil
<input type="radio"/> Cancelar deuda con el fondo, cruce	<input type="radio"/> Crédito en otros fondos o entidades	<input type="radio"/> Liberar flujo de caja	<input type="radio"/> Calamidad
<input type="radio"/> Afiliación a otro fondo de empleados	<input type="radio"/> Otros (indique cuál): _____		

3. Pólizas y Seguros Adquiridos a través de Febanc

En caso de contar con pólizas y seguros obtenidos a través de Febanc estas serán cobradas en la liquidación al momento del retiro hasta la fecha del corte y facturación.

En caso de tener póliza de vehículo con Febanc y que esta tenga como beneficiario un tercero, por favor comunicarse con nuestras asesoras de seguros al correo electrónico seguros@febanc.com.co o al teléfono (4)4444291 para informarle el proceso a seguir. Recuerde que esta póliza tiene vigencia hasta la fecha de renovación de la misma.

4. Declaraciones y Aceptaciones

Acepto ser retirado de los convenios y otros servicios adquiridos por medio del Fondo de Empleados en calidad de asociado, conforme a la reglamentación establecida.

Mediante este formato expreso mi deseo de retirarme voluntariamente, conozco de antemano que Febanc tiene hasta treinta (30) días de plazo para efectuar la liquidación de mi retiro de conformidad con los estatutos.

Soy consciente que para reingresar al Fondo de Empleados debo: **1.** Tener un contrato laboral vigente con una de las empresas que generan el vínculo de asociación con Febanc. **2.** Esperar como mínimo seis (6) meses contados a partir de la fecha del último retiro de conformidad con los estatutos. La fecha de aceptación de la solicitud de reingreso determina la nueva vinculación del Asociado, no siendo retroactivo tal carácter para todos los efectos Legales y Estatutarios.

Atentamente.

Firma del Asociado _____

USO EXCLUSIVO DE FEBANC

Observaciones: _____

Fecha de Aprobación _____ Firma Autorizada _____