

No. De Contrato

**Reglamento Débito Automático.**

Como titular de la cuenta señalada (cliente), autorizo incondicionalmente y por un término indefinido, por medio de este documento, lo siguiente: (1) a la Entidad Financiera a debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y entregar dicho valor a la Empresa Recaudadora; (2) a la Empresa Recaudadora a conservar el presente documento en su sede; (3) a la Empresa Recaudadora a enviar la información aquí contenida, de manera electrónica; que ante cualquier error de la Empresa Recaudadora en la conversión electrónica de la Autorización de Recaudo, efectuaré los reclamos única y exclusivamente a la Empresa Recaudadora; (4) a la Entidad Financiera a debitar la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la inicialmente prevista y determinada entre la Empresa Recaudadora y el Cliente, tan sólo en aquellos casos en los que la Empresa Recaudadora tenga inconvenientes de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente; (5) extender esta misma autorización a modificaciones obligatorias que realice la Entidad Financiera.

Como titular de la cuenta señalada me obligo a: (1) mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones; (2) proveer la autorización de parte de todos los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, o en su defecto a asumir las consecuencias que deriven de no declarar la condición de manejo de las firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a la Empresa Recaudadora y a la Entidad Financiera de toda responsabilidad.

Como titular de la cuenta señalada, declaro que conozco y acepto lo siguiente: (1) que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles y que si el día no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles; (2) que la Entidad Financiera donde tengo la cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impida; (3) que si deseo autorizar a otra Entidad Financiera, a otro número o tipo de cuenta, debo cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva Autorización de Recaudo; (4) que la presente Autorización de Recaudo solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, con una anticipación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación; (5) que debo dirigir las reclamaciones o solicitudes de devolución, en cualquier momento, a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo radicada la cuenta en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; (6) que puedo dar una orden de no pago a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo la cuenta, para una transacción débito específica con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de aplicación del débito; (7) que presentar órdenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar un costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte de la Empresa.

Al dar la presente autorización soy consciente que pueden surgir conflictos que impliquen la necesidad de revelar la documentación e información aquí contenida.

Las condiciones y reglamentación que rigen a los beneficiarios están consignadas en el reglamento del Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros

**Servicios Electrónicos**

**Autorización de envío de información de Correo Electrónico:**

Por medio del presente documento autorizo al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* para que me envíe a través de las direcciones de correo electrónico consignadas en este formulario, cualquier información que por su naturaleza pueda ser enviada por este medio y que esté relacionada con los servicios que el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* presta, haciéndome responsable por el uso y manejo de mi correo y asumo cualquier perjuicio que la utilización del mismo cause al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\*, a cualquier tercero o a mí.

**Solicitud de clave para acceder a los servicios:**

Como cliente solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* la adjudicación de una clave de acceso para los servicios electrónicos ofrecidos en los términos y condiciones contenidos en el reglamento y acepto la responsabilidad por el uso y confidencialidad de la clave, la cual me es entregada por el FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* y tiene el carácter de personal e intransferible. Solicito al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* el envío de la Clave por correo electrónico a la dirección consignada en el campo E-mail 1 de este formulario.

**Notificación de Cambios y Novedades de Direcciones:**

Como cliente me obligo a notificar al FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS\* cualquiera de las siguientes situaciones relacionadas con mi clave y de la dirección de correo electrónico:

1. Pérdida o robo de la clave, 2. Uso no autorizado de la clave, 3. Cambio de las direcciones de correo electrónico, 4. Alguna falta, error o hecho inusual en la utilización de la clave o de las direcciones de correo electrónico, 5. Acceso de terceros a las direcciones de correo electrónico asignadas en este documento.

\*Como usuario de los servicios electrónicos del FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES COLSEGUROS acepto conocer que la seguridad de la información transmitida a través de internet, no es responsabilidad del Fondo Voluntario de Pensiones Colseguros..

- Deseo recibir toda la información relacionada con los productos y ofertas de ALLIANZ.
- Deseo recibir sólo la información relacionada con los productos que hacen parte de "Plan Ideal".
- No deseo recibir ninguna clase de información relacionada con otros productos y ofertas ALLIANZ.

Fecha de Diligenciamiento

Certifico que la información aquí consignada corresponde a la realidad

Firma del Solicitante Índice derecho

Nombre del Solicitante

Tipo y Número de Documento

FVP023 - OCT2017