

## FORMATO TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS

---

Solicitud inicial (  ) Solicitud de modificación (  ) Fecha \_\_\_\_\_  
(DD / MM / AAAA)

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de

ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, autorizo a la Tesorería de Pan American Life de Colombia, Compañía de Seguros S.A. para que efectúe el pago de las acreencias a mi favor (  ) o a favor de la entidad que represento (  ) a través de la utilización del sistema de transferencia electrónica de fondos, mediante el abono de los recursos a la cuenta que se indica a continuación:

Nombre del titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Identificación del Titular Principal: C.C. o NIT: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Ciudad donde tiene la cuenta: \_\_\_\_\_

Número de la cuenta: \_\_\_\_\_ (Favor diligenciar un dígito por casilla)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre Sucursal Oficina: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: Ahorros (  ) Corriente (  )

Hago constar que la información suministrada en el presente documento es correcta, y asumo la responsabilidad por cualquier inconsistencia de la misma, así mismo autorizo el envío de la información relacionada con los pagos recibidos a través de correo electrónico.

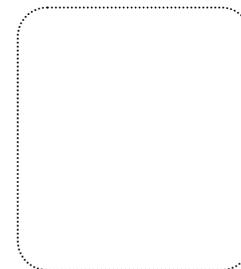
\_\_\_\_\_  
Firma

C.C. No. \_\_\_\_\_

Teléfono fijo \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_



**Huella Dactilar**  
(Índice Derecho)