



FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO  
PREVISORA, POSITIVA Y FIDUPREVISORA  
NIT: 860.029.548-0

# DECLARACIÓN DE NO ASEGURABILIDAD

La solicitud que no este totalmente diligenciada, no sera tramitada

CÓDIGO DEL FORMATO  
F. SC-

CIUDAD

FECHA DE  
SOLICITUD

DD

MM

AAAA

"Yo

identificado con cédula de ciudadanía No. declaro de manera libre y voluntaria lo siguiente:

- A. En la actualidad tengo años de edad.
- B. El fondo de empleados otorga un beneficio a sus asociados consistente en el pago de una póliza de vida deudores.
- C. Por mi edad no fue posible acceder a dicha póliza de vida deudores.
- D. De acuerdo con lo anterior, soy consciente y acepto que *el Decreto Ley 1481 de 1989 en su artículo 16 y el estatuto del fondo de empleados*, establece que los aportes y ahorros siempre quedarán afectados desde su origen a favor del fondo de empleados como garantía de las obligaciones que contraiga, por ende, me acojo a dicha disposición para que se realicen las respectivas compensaciones de mis aportes y ahorros en caso de incumplimiento de cualquier tipo o que se presenten las circunstancias en las cuales entra a operar la póliza de vida deudores.

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

HUELLA ÍNDICE DERECHO