

Ciudad:

Fecha de solicitud:

DATOS DEL ASOCIADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Tipo de documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			No. de documento
Correo electrónico		Celular	Teléfono fijo

Bive busca constantemente mejorar la calidad y oportunidad del servicio que se presta a nuestros Asociados. Le agradecemos diligenciar la siguiente encuesta.

	Excelente	Bueno	Regular	Malo
¿Como califica la asesoría que le brindan nuestros Colaboradores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo califica los servicios que le ofrece Bive?	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Portafolio de Crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portafolio de Ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios de Solidaridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios de Bienestar y Recreación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Los productos y servicios que le ofrece Bive se ajustan a sus necesidades?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Los tiempos de respuestas a sus solicitudes son adecuados?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le ofrecieron algún tipo de alternativa para no retirarse?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le gustaría pertenecer nuevamente a Bive?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES: _____

Solicito el retiro de Bive a partir de la fecha, por el siguiente motivo:

Compra de vivienda	<input type="checkbox"/>	Voluntario/otros	<input type="checkbox"/>	El saldo de sus aportes, una vez hecho el respectivo cruce de cuentas entre deudas y aportes, será devuelto en un plazo de hasta noventa (90) días, contados a partir de la fecha de su radicación.
Cruce de cuentas	<input type="checkbox"/>	Inconformidad con el servicio	<input type="checkbox"/>	

Datos de la cuenta bancaria para el desembolso del saldo a favor:

Banco	Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta
-------	--	------------------

FIRMA Y HUELLA

***Si el Asociado solicita que la devolución de su saldo a favor se realice a una cuenta diferente a la suya; debe diligenciar el formato de Autorización de pagos a terceros

Firma del Asociado
C.C.:

Huella Índice derecho