

AUTORIZACIÓN DE PAGO ELECTRÓNICO

FECHA:

DD / MM / AAAA

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTANombre o Razón Social Tipo de Beneficiario ☐ Proveedor ☐ Intermediario ☐ Asegurado ☐ Tercero ☐Número de Identificación Tipo: Cédula Nit Dirección Teléfono Correo Electrónico Ciudad **INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (Obligatorio)**Banco Número de cuenta Tipo: Ahorros Corriente

En mi calidad de titular de la cuenta, otorgo a la Entidad Financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones crédito enviadas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, en adelante **LAS COMPAÑIAS**, acreditando mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información contenida en este documento. De igual forma manifiesto que autorizo de manera libre, expresa y voluntaria a **LAS COMPAÑIAS y/o Encargados**, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir y disponer de los datos que he suministrado en este formato los cuales podrán ser incorporados en distintas bases de datos de las Compañías.

IMPORTANTE: Los datos personales cuyo tratamiento se autoriza, serán conservados por **LAS COMPAÑIAS** hasta que el titular solicite la supresión de la información y serán tratados de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013"

El diligenciamiento de la presente autorización no implica para **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, la aceptación del pago.

Firma Titular o Representante Legal

C.C. No.

Tramitado por Sucursal