



NIT 860.009.578.6



NIT 860.009.174.4

## AUTORIZACIÓN DE PAGO ELECTRÓNICO

FECHA:

DD / MM / AAAA

### INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA

Nombre o Razón Social	<input type="text"/>			
Tipo de Beneficiario	Proveedor <input type="checkbox"/>	Intermediario <input type="checkbox"/>	Asegurado <input type="checkbox"/>	Tercero <input type="checkbox"/>
Número de Identificación	<input type="text"/>			
Tipo:	Cédula <input type="checkbox"/>	Nit <input type="checkbox"/>	Cédula Extranjería <input type="checkbox"/>	

### INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (Obligatorio)

Banco	<input type="text"/>	
Número de cuenta	<input type="text"/>	
Tipo:	Ahorros <input type="text"/>	Corriente <input type="text"/>

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.

**NOTA:** En lo posible, este documento debe ser diligenciado digitalmente.

**Firma Titular o Representante Legal**

<input type="text"/>	C.C. No. <input type="text"/>
----------------------	-------------------------------