

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE BANCOS DE DATOS E INFORMACION COMERCIAL

Lea cuidadosamente la siguiente cláusula y pregunte lo que no comprenda.

Yo, _____ identificado con la c.c. _____, actuando en nombre propio, por medio del presente documento autorizo de manera irrevocable a **PLAN MEDICO Y QUIRURGICO S.A.S.** en adelante **PLAN MEDICO Y QUIRURGICO S.A.S.**, o a quien sea en un futuro sea acreedor, para que con ocasión de los productos, promociones, y servicios y en general cualquier tipo de obligación contraída hasta la fecha o que se contraiga en adelante con tal empresa, pueda llevar a cabo las siguientes actividades:

a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de suministrarme un producto o servicio y contraer cualquier obligación para con **PLAN MEDICO Y QUIRURGICO S.A.S** o para con los terceros con quienes tiene suscrito convenios con tal propósito.

b) Reportar, en cualquier tiempo, a las centrales de información de riesgo, que administren bases de datos, la información sobre el comportamiento de mis obligaciones, especialmente las de contenido patrimonial que adquiriera para con **PLAN MEDICO Y QUIRURGICO S.A.S** o con terceros con quienes ésta ha celebrado convenios de tal naturaleza, así como la información que se genere por la facturación de los servicios y obligaciones que cobre **PLAN MEDICO Y QUIRURGICO S.A.S** o terceros con quienes ésta ha celebrado convenios de facturación o recaudo; de tal forma que las centrales presenten una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta, de mi desempeño como deudor, después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.

c) Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de cualquiera de las Superintendencias que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que éstas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales, si fuere el caso.

d) Conservar la información reportada, en la base de datos de la central de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos.

e) Autorizo a **PLAN MEDICO Y QUIRURGICO S.A.S** para que reporte en cualquier tiempo a las centrales de información de riesgo, que administren bases de datos, la información sobre el comportamiento de mis obligaciones, especialmente, cuando se presente el incumplimiento de pago de una o mas cuotas a las que me obligue a cancelar a favor de **PLAN MEDICO Y QUIRURGICO S.A.S**, en virtud del crédito personal adquirido, por lo cual, con mi firma autorizo irrevocablemente para que proceda en tal sentido **PLAN MEDICO Y QUIRURGICO S.A.S**

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual en señal de entendimiento y aceptación de sus alcances e implicaciones, lo suscribo

Firma Interesado

C.C.

Teléfono Casa:

Teléfono Trabajo:

Celular:

EMAIL:

Dirección:

Huella: