

AUTORIZACIÓN PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Fecha: _____

CEDULA	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NUMERO DE CELULAR	TELEFONO FIJO	CIUDAD RESIDENCIA	DIRECCION DE RESIDENCIA
CORREO ELECTRONICO		ENTIDAD DONDE LABORA	

Informacion para el Debito Automatico:

BANCO		CIUDAD	
TIPO DE CUENTA: Favor Digitar: Ahorros o Corriente	TIPO DE CUENTA: Favor Confirmar: Ahorros o Corriente	Favor Digitar : NUMERO DE CUENTA	Favor Confirmar : NUMERO DE CUENTA

Por medio de este **AUTORIZACION PARA DEBITO AUTOMATICO** a favor de **ESTASSEGURO S.A.S** Declaro **EXPRESAMENTE** que :
Acepto y Autorizo de manera expresa, como titular de la cuenta arriba señalada, a la entidad financiera arriba señalada a debitar de mi cuenta el valor de descuento señalado en este documento producto de adquirir los servicios y/o productos de ESTASSEGURO SAS y/o servicios y/o productos de terceros.

Acepto y entiendo que estoy contratando con ESTASSEGURO SAS los siguientes servicios con el contrato No.:

1. Previexequial Exclusivo	2. Servicios de previsión exequial mascotas
3. Servicios de previsión salud mascotas	

Acepto y entiendo que de manera voluntaria me adhiero y/o adquiero la póliza de seguro de vida grupo tomado por ESTASSEGURO:

Poliza: Beneficio Diario por Incapacidad Temporal	No. De POLIZA	3400004177
---	---------------	------------

Acepto y/o autorizo que este descuento y/o debito automatico descrito tiene un plazo indefinido, que es de vigencia anual y su renovación es automática, en éste último caso se entiende que el descuento podrá ser revocado en cualquier momento.

Acepto y entiendo que el Inicio de la cobertura de los servicios que contraté tendrá en cuenta los siguientes tiempos y/o periodos de carencia que se deben contar a partir de la fecha del primer debito automatico asi: i.) **Previexequial exclusivo** a partir del primer descuento efectivo de debito automatico: Para muerte natural y/o accidental 24 horas y/o para muerte por suicidio. Para muerte por enfermedades preexistentes desde el día 91 excepto Cancer y Sida las cuales son desde el día 181. ii) **Poliza vida Grupo Incapacidad Temporal:** A partir del primer descuento efectivo del debito automatico y que la aseguradora acepte mi solicitud para el Seguro, es decir que se cumplan las dos condiciones anteriores tendre cobertura con la aseguradora.

Acepto y autorizo a ser trasladado a otra(s) aseguradora(s) si, por circunstancias comerciales, administrativas, operativas y/o jurídicas, ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS SAS obtiene beneficios adicionales con otra(s) aseguradora(s) que vayan en mejora de lo que contraté al momento de firmar esta descuento.

Acepto y/o autorizo a ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S. y a la ENTIDAD FINANCIERA, que al valor del descuento descrito se le realicen los incrementos mensuales y/o anuales a que hubiese lugar.

Acepto que esta autorización de debito automatico ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S. la tramitara ante la ENTIDAD FINANCIERA en tiempo y modo de esta última, y que en caso de que decida su cancelación la hare de manera escrita ante ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S. para que estos realicen la novedad ante la ENTIDAD FINANCIERA Y LA ASEGURADORA (si corresponde) en tiempo y modo.

Acepto y/o autorizo a ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S.a realizar el pago de la prima que corresponda ante la ASEGURADORA, y, que el pago de esta póliza está incluido en el valor que me descuentan.

De acuerdo a la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y normas concordantes, autorizo, como titular de mis datos, a que estos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S., para ser tratados con las siguientes finalidades: Fidelización de clientes, Prospección comercial, Segmentación de mercados, Ofrecimiento productos y servicios, Marketing, gestión administrativa, contable y financiera. De igual modo autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo fin sea consultar, verificar, reportar, suministrar y divulgar a los bancos de datos, el nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones, para establecer el comportamiento de pago, efectuar el estudio de crédito o viabilidad de las solicitudes de productos y servicios realizadas por nuestra parte con el fin de poderme ofrecer servicios y beneficios adicionales. Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, y consulta de la Política de Tratamiento de Datos, mediante escrito dirigido al correo electrónico atencionalcliente@estasseguero.com.co

Manifiesto expresamente a la entidad FINANCIERA, que esta autorización es firmada digitalmente
Si es necesaria su verificación favor contactarme a los Telefonos Fijos y/o mobiles descritos en esta Autorización.

Valor del descuento: _____ Forma de pago: Mensual ☒ DebAuto ☐ Otro ☐

FIRMA

C.C: _____ Direccion: _____
Celular: _____ Telefono fijo: _____ Telefono Oficina _____