

LIBRANZA y/o AUTORIZACION DE DESCUENTO DIRECTO DE NOMINA A FAVOR DE: ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S.

Fecha: _____ ENTIDAD PAGADORA: _____ NEMONICO: _____ SUCURSAL: _____

Yo, _____, identificado con cedula de ciudadanía N° _____ expedida en _____
en mi calidad de _____ de la ENTIDAD PAGADORA.

Por medio de esta LIBRANZA y/o AUTORIZACION DE DESCUENTO DIRECTO DE NOMINA a favor de ESTASSEGURO S.A.S. **Declaro EXPRESAMENTE que :**

Acepto y entiendo que estoy contratando con ESTASSEGURO SAS los siguientes servicios con el contrato No.: 19001

1. Previexequal Exclusivo		2. Servicios de previsión exequal 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
---	--	---------------	------------

Autorizo expresamente a la ENTIDAD PAGADORA, si esta autoriza el descuento (por no recibir menos del 50% del neto de mi salario o pensión) y la solicitud es aceptada por la aseguradora; me descuenten de forma anticipada, del pago de mi nómina y/o vacaciones, el valor del descuento descrito a favor de ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S.

Acepto y/o autorizo que este descuento 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 tendra en cuenta los siguientes tiempos y/o periodos de carencia que se deben contar a partir de la fecha del primer descuento efectivo de Nomina así: i.) **Previexequal exclusivo** a partir del primer descuento efectivo de nómina: 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 de nómina 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 PAGADORA, que al valor del descuento descrito se le realicen los incrementos mensuales y/o anuales a que hubiese lugar.

Acepto que esta autorización de descuento ESTASSEGURO ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS S.A.S. la tramitara ante la ENTIDAD PAGADORA 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 PAGADORA 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 SA.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 PAGADORA, 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: 0 ☒ Otro ☐

FIRMA

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

NOTA: LA ENTIDAD OPERADORA ACLARA QUE POR SER EL OBJETO DE PAGO UN SEGURO ESTE FORMATO DE LIBRANZA NO MANEJA INFORMACION DE TASAS DE INTERES.

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Espacio para el Vto.Bno,y/o visacion y/o pre descuento o similares de la ENTIDAD PAGADORA.

NOTA: ESTE ESPACIO LO DILIGENCIA LA ENTIDAD PAGADORA QUE EN TIEMPO Y MODO PARA LA RADICACION DE NOVEDADES DE NOMINA LO REQUIERA.----
