



Por este medio autorizo/amos a **COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (IS)**, para que realice créditos a mi cuenta abajo indicada, y al **BANCO** cuyo nombre aparece debajo, para acreditar a la referida cuenta la suma que sea transferida según lo antes expuesto.

Nombre y Apellido:

Cédula/Pasaporte:  Correo Electrónico:

Teléfono:  Celular:

Número de póliza:

Nombre del Banco:

Tipo de cuenta: Ahorro  Corriente

Número de cuenta (no colocar guiones) :

Confirmando que la cuenta enunciada se encuentra registrada a nuestro nombre y que el firmante tiene la autorización respectiva del contratante de la póliza y en el banco para autorizar que sea acreditada.

En consideración de este servicio convengo además que si cualquiera de tales órdenes de pago fuera desatendida por **EL BANCO**, sin causa o inadvertidamente, **LA EMPRESA** no tendrá responsabilidad alguna.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que:

1. IS reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma, firmada por la(s) persona(s) autorizada(s) para el manejo de la cuenta.
2. La cuenta sea cerrada.
3. La Póliza o certificado sea cancelado.

Yo, en mi calidad de firmante (o firmantes), en cumplimiento de la Ley 81 de 2019 (Reglamentada por el Decreto Ejecutivo 285 de 28 de mayo de 2021), en concordancia con la Ley 12 de 2012, declaro que acepto y otorgo mi expresa autorización a **Compañía Internacional de Seguros, S.A.**, en adelante LA COMPAÑÍA, para recopilar, almacenar y transferir datos personales y sensibles que adquiera u obtenga, en relación con el contratante, asegurado, dependiente, responsable de pago, beneficiarios del seguro o cualquier otra persona con interés o vínculo con LA COMPAÑÍA. Expreso mi autorización para que LA COMPAÑÍA utilice los datos obtenidos, así como aquellos a los que haya tenido acceso en virtud de la ejecución del Contrato de Seguro, con la facultad discrecional de utilizarlos y transferirlos según las necesidades de su actividad comercial, con fines relacionados con los productos, pólizas, beneficios y/o servicios contemplados. Esto incluye a todas sus subsidiarias, afiliadas y sucursales, reaseguros, compañías de seguros, centros de salud o clínicas, profesionales de la salud, y cualesquiera otros asesores o profesionales que, a discreción de LA COMPAÑÍA, sean necesarios y convenientes para la evaluación de un caso, de conformidad con las operaciones de LA COMPAÑÍA.

Declaro que la información contenida en este documento es veraz, completa y proporciona información de manera confiable y actualizada sobre todos los aspectos respecto a los cuales se han formulado preguntas, y que todas mis actividades se llevan a cabo dentro de las normas legales.

Por lo cual, libero de cualquier responsabilidad, incluyendo las legales, judiciales y/o administrativas, directa o indirectamente, presente o futura a LA COMPAÑÍA, con respecto al presente Formulario, su autorización, aceptación y contenido suscrito como firmante legal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Para uso de la Compañía de Seguros

Firma Autorizada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_