



AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

SELECCIONE: PRIMERA VEZ MODIFICACIÓN

Relación con la compañía: área, producto o servicio.

Fecha de recibido

DD	MM	AAAA
----	----	------

Fecha de diligenciamiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

SEÑORES:

CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.
 SEGUROS BOLÍVAR S.A.
 SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.
 INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR

La cuenta bancaria debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica.

Datos Personales

PERSONAS NATURALES

Documento de identidad	No. de documento	Fecha de expedición			Lugar de expedición
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>		DD	MM	AAAA	
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido			Segundo apellido

Datos Empresa (Persona jurídica)

Nombre razón o denominación social	NIT				
Datos del Representante Legal					
Documento de identidad	No. de documento	Fecha de expedición			Lugar de expedición
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>		DD	MM	AAAA	
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido			Segundo apellido

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad que represento), se haga en la cuenta aquí registrada.

Tipo de cuenta	Cuenta número	Entidad financiera
Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>		

Adjunto certificado de Cámara y Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

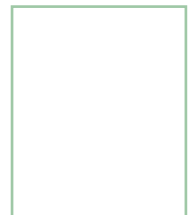
Declaración de origen de fondos y Autorización consulta y reporte a Centrales de Información

Los datos que contiene este documento son requeridos para: realizar el pago o transferencia de recursos a su cuenta bancaria; el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación contractual existente y para informarlo acerca de los productos y servicios que ofrece Seguros Bolívar y sus compañías vinculadas. La huella que se le solicita tiene como finalidad verificar su identidad y es conservada con adecuadas medidas de seguridad. Para mayor información puede consultar nuestras Políticas de Privacidad que se encuentran publicadas en la página web www.segurosbolivar.co.

Con base en la información suministrada autorizo el tratamiento de mis datos personales.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.

FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO SI ES PERSONA JURÍDICA C.C. Ó NIT



Huella índice derecho

