

AUTORIZACIÓN BANCARIA

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.
EPS SURAMERICANA S.A.
OPERACIONES GENERALES SURAMERICANA S.A.S.



SOLO SE PODRÁ CONSIGNAR EN CUENTAS EN LAS QUE EL CLIENTE SEA ÚNICO TÍTLULAR

Oficina de Radicación | Código Asesor | Fecha Diligenciamiento Formato AAAA MM DD

INFORMACIÓN TOMADOR O SUSCRIPTOR

Tipo de Identificación								Número de Identificación		Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	
T.I.	C.C.	C.D.	C.E.	PA.	NIT	IFE					

INFORMACIÓN DEL CUENTAHABIENTE O TARJETAHABIENTE

Tipo de Identificación					Número de Identificación del Cuentahabiente			Nombres y Apellidos Completos Cuentahabiente (Primero Nombres, luego Apellidos)			
T.I.	C.C.	C.D.	C.E.	PA.							

Cuenta para débito o pago de indemnizaciones según corresponda.			Tipo Tarjeta de Crédito (No aplica para financiación de primas)					Fecha Vencimiento Tarjeta Crédito AAAAMMDD		
Ahorro	Corriente	Tarjeta de Crédito	Visa	Mastercard	Diners	Credencial	American Express			
Número de Cuenta o Tarjeta de Crédito			Corporación o Banco				Sucursal			

Como titular de la cuenta señalada, autorizo a la citada Entidad Financiera para debitar de mi cuenta el valor de los productos adquiridos con SURA y transferirlo a la cuenta de las Compañías de Suramericana S.A. filiales o subsidiarias (en adelante SURA) según el caso. El débito autorizado se podrá realizar automáticamente durante el tiempo y en la oportunidad indicada, cuando haya fondos en la cuenta. Si el día en que deba debitarse no fuera hábil, el cargo se hará al día hábil siguiente. Así mismo, autorizo a SURA a descontar los pagos por tarifas a mi cargo del producto financiero señalado, o que por motivos de renovación o cambios automáticos sean modificados, en este último caso autorizo que sea informado por la entidad financiera.

Esta autorización es válida durante el periodo de vigencia de la póliza o renovación, siempre y cuando no sea revocada por escrito por el titular de la cuenta, con una anticipación no inferior a 10 días calendario antes de la fecha de pago. Así mismo, autorizo a SURA, para que consigne en mis cuentas bancarias las sumas correspondientes a indemnizaciones, devoluciones u otros pagos que por cualquier otro concepto que legalmente deba recibir, siempre y cuando sea el único titular de la cuenta o autorice el pago a un tercero de acuerdo al procedimiento establecido en la compañía

ACLARACIÓN: para el pago de pólizas financiadas por la compañía SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.S. no se aceptan tarjetas de crédito.

Certifico que el asesor(a) me explicó coberturas y condiciones del contrato y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud.

Firma del Tomador o Suscriptor

Certifico que el asesor(a) me explicó coberturas y condiciones del contrato y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud.

Firma del Cuentahabiente o Tarjetahabiente

Para cualquier duda, puedes comunicarte al numeral #888

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería

PA.: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - IFE: Identificación Fiscal para Extranjeros

F-00-01-91 Libo.

- ARCHIVO PÓLIZA -
- BANCO O CORPORACIÓN -