



## Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Edificio Plaza Credicorp Bank Ave. Nicanor de Obarrio (CL.50)  
Apdo. 0833-0084 Plaza Credicorp Bank. Tel. 206-4000

## Autorización plan de Descuento ACH (Bancos que estan en red solamente)

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN  
COMILLAS U OTROS SIGNOS. FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Página 1

Asegurado	No. Pólizas	Monto del Descuento
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	Total del Descuento	

**Nota:** Los dos primeros pagos deben hacerse por ventanilla

A partir del dd / mm / aaaa , el cliente se compromete a mantener los fondos disponibles.

☐ Cuenta de Ahorro ☐ Cuenta de Corriente N° \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la Cuenta: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfonos Residencial: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN DE DEBITOS AUTOMÁTICOS ACH

Fecha de emisión: dd / mm / aaaa

Número de empresa: 

1	1	0	1	0	0	3	5	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Por este medio la autorizo(amos) a la Compañía Internacional de Seguros, S.A., (en lo sucesivo LA EMPRESA), parta que en mi (nuestro) nombre y representación solicite al banco cuyo nombre aparece abajo (en lo sucesivo EL BANCO), que realice debitos de mi (a nuestra) cuenta: ☐ corriente ☐ ahorros indicada a continuación por los montos también indicados a continuación, y a la vez, autorizo a EL BANCO para debitar de la referida cuenta, la suma que LA EMPRESA solicite según lo antes indicado. Queda entendido que dichas sumas serán debitadas siempre y cuando en la cuenta antes indicada se mantenga la suficiente provisión de fondos. No obstante, en caso de que por cualquier razón EL BANCO llegue a pagar las sumas solicitadas por LA EMPRESA sin haber suficiente provisión de fondos en la cuenta, declaro(amos) como final, definitiva y exigible la liquidación que haga EL BANCO en cuanto al importe, obligándome(nos) a pagar a EL BANCO todos los cargos (incluyendo intereses) que resulten por motivo del sobregiro y convengo(imos) de depositar inmediatamente en EL BANCO las sumas de dinero necesarias para cancelar el sobregiro.

Banco Recibidor \_\_\_\_\_

Ruta y Tránsito 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de Cuenta \_\_\_\_\_

Por la suma de \$ \_\_\_\_\_

Monto Autorizado en Letras \_\_\_\_\_ ☐ Monto variable máximo ☐ Monto fijo

En consideración a los servicios de débitos de la cuenta que proveerá EL BANCO conforme a la presente autorización, por este medio relevo(amos) a EL BANCO de toda responsabilidad en relación con cualquier acto que realice conforme a la presente autorización o en caso de que, por cualquier causa, no se hiciere en débito o no se efectuare el pago de la suma solicitada por LA EMPRESA. Esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de expiración especificada a continuación o hasta que EL BANCO reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma firmada por la(s) persona(s) autorizada(s) para el manejo de la cuenta.

Nombre(s) del dueño de la cuenta \_\_\_\_\_

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 COMPAÑIA, 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 COMPAÑIA. Expreso mi autorización para que LA COMPAÑIA 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 COMPAÑIA, sean necesarios y convenientes para la evaluación de un caso, de conformidad con las operaciones de LA COMPAÑIA.

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 COMPAÑIA, con respecto al presente Formulario, su autorización, aceptación y contenido suscrito como firmante legal.

Firma(s) \_\_\_\_\_

Cédula o R.U.C. \_\_\_\_\_

#### Nota:

- Recibe un descuento del 5% en tu última cuota al programar tus pagos con ACH en las pólizas de auto cobertura completa e incendio.
- Imprimir dos copias, firmar y entregar en la sucursal más cercana