



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 para el plan de Descuento Tarjeta de Crédito

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 1/1

Por este medio autorizo al banco _____ de acreditarles a ustedes de la Tarjeta de crédito:

Tarjetahabiente: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Tipo: Visa Master American Express

No. Tarjeta Crédito: _____ Vencimiento: Mes: _____ Año: _____

La suma de B/: _____ Mensual Trimestral Anual

A partir de la fecha de emisión de la póliza, el asegurado se compromete a mantener siempre los fondos disponible.

Para el pago de las pólizas

Nota: De variar la prima se ajustará al descuento

Asegurado	No. Pólizas	Monto del Descuento
TOTAL DEL DESCUENTO:		

Para uso interno de la Internacional de Seguros, S.A.:

Recibido por:	Fecha:	Departamento:
Observaciones:		
(Fecha efectiva de descuento):		

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 cualesquier 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.

Nota:

- Recibe un descuento del 5% en tu última cuota al programar tus pagos con tarjeta de crédito en las pólizas de auto cobertura completa e incendio.
- Notificar en forma escrita el cambio de vencimiento de la tarjeta con quince días de anticipación en cada renovación de la misma.

Cédula: _____ Fecha: _____

Firma del tarjetahabiente como aparece en la cédula

Imprimir, firmar y adjuntar copia de cédula.

A-10051