



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 DE PAGO DE RECLAMO POR ACH - AFECTADO

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

VÁLIDO EXCLUSIVAMENTE PARA PAGOS HASTA B/.1,000.00

Por este medio autorizo/amos a COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. (LA COMPAÑÍA), para que realice crédito a mi cuenta abajo indicada, por la colisión ocurrida el _____, correspondiente al vehículo con placa _____, propiedad de _____, y al BANCO cuyo nombre aparece debajo para acreditar a la referida cuenta la suma que sea transferida según lo antes expuesto.

Nombre de la Persona Natural o Jurídica: _____

En caso de persona jurídica, nombre del que autoriza: _____

Número de cuenta (sin guiones): _____

Nombre del Banco: _____ Tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente

Correo electrónico: _____ Celular: _____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN:

Confirmando que la cuenta enunciada se encuentra registrada a nuestro nombre y que el firmante tiene autorización respectiva del propietario del vehículo que consta en el registro vehicular 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 COMPAÑÍA no tendrá responsabilidad alguna.

Esta autorización permanecerá vigente hasta que:

- 1) LA COMPAÑÍA 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.

Yo, en mi calidad de firmante (o firmantes) y en mi condición de tercero afectado por un asegurado de Compañía Internacional de Seguros, S.A. ("LA COMPAÑÍA"), en cumplimiento de la Ley 81 de 2019 (reglamentada por el Decreto Ejecutivo 285 de 28 de mayo de 2021) y la Ley 12 de 2012, declaro que otorgo mi consentimiento expreso, previo e informado para que LA COMPAÑÍA recopile, almacene, use y transfiera mis datos personales y, cuando aplique, datos sensibles (incluyendo información médica si el reclamo involucra lesiones), con la única finalidad de evaluar, tramitar y realizar el pago de la reclamación derivada del siniestro identificado en este documento.

Para dicho fin, autorizo la transferencia de mis datos a las subsidiarias, afiliadas y sucursales de LA COMPAÑÍA, reaseguradoras, y — únicamente cuando el reclamo involucre atención médica — centros de salud, clínicas y profesionales de la salud, así como a asesores necesarios para la evaluación del caso, todo ello estrictamente en función del trámite de este reclamo.

Entiendo que mis datos serán conservados únicamente durante el tiempo necesario para el trámite y pago de esta reclamación y el cumplimiento de obligaciones legales o regulatorias aplicables, y que puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre mis datos personales dirigiéndome a 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 a la autorización de crédito ACH contenida en el presente Formulario. Esta liberación no alcanza ni limita los derechos irrenunciables que me asisten en materia de protección de datos personales conforme a la Ley 81 de 2019.

Firma _____

Fecha ____/____/____

Para uso de la Compañía de Seguros

Firma Autorizada _____

Fecha ____/____/____