

AUTORIZACIÓN BANCARIA

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



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

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 DE PÓLIZAS

Código Ramo	Número de Póliza	Fecha de Cobro AAAA MM DD	Frecuencia de Cobro (para pólizas financiadas siempre será mensual)
			☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

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 AAAAMDD
☐ 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 la póliza especificada en esta autorización y transferido a la cuenta de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., ADMINISTRADORA DE CARTERAS COLECTIVAS SURAMERICANA S.A., SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A., según el caso. El débito autorizado se podrá hacer automáticamente durante el tiempo y en la oportunidad indicados, siempre que se cuente con fondos disponibles en la cuenta. Si el día en que deba debitarse no fuera hábil, el cargo se hará al día hábil siguiente. Esta autorización registrará durante el período de vigencia de la póliza, título o inversión, 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 SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., ADMINISTRADORA DE CARTERAS COLECTIVAS SURAMERICANA S.A., SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A., para que consigne en mis cuentas bancarias las sumas correspondientes a indemnizaciones, devoluciones u otros pagos que por cualquier otro concepto legalmente debe recibir, siempre y cuando yo sea el único titular de tal cuenta.

ACLARACIÓN: Para el pago de pólizas de forma de pago mensual y para fondos de inversiones o de ahorro, no se aceptan tarjetas de crédito.

Firma del Asegurado o Suscriptor

Firma del Cuentahabiente o Tarjetahabiente

Cualquier inquietud comunicarse con su intermediario o con nosotros al Fax: (4) 260 46 70 o al Correo Electrónico Debitosura@suramericana.com.co

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 apotema

- BANCO O CORPORACIÓN -