



## AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

SELECCIONE: PRIMERA VEZ  MODIFICACIÓN

SEÑORES:

CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.  
 SEGUROS BOLÍVAR S.A.  
 SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.  
 INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR

La cuenta bancaria debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica.

Relación con la compañía: área, producto o servicio.

Fecha de recibido

DD MM AAAA

Fecha de diligenciamiento

DD MM AAAA

### Datos Personales

#### PERSONAS NATURALES

Documento de identidad No. de documento Fecha de expedición Lugar de expedición

C.C.  C.E.  T.I.

DD MM AAAA

Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

### Datos Empresa (Persona jurídica)

Nombre razón o denominación social NIT

#### Datos del Representante Legal

Documento de identidad No. de documento Fecha de expedición Lugar de expedición

C.C.  C.E.  T.I.

DD MM AAAA

Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad que represento), se haga en la cuenta aquí registrada.

Tipo de cuenta Cuenta número Entidad financiera

Ahorros  Corriente

### Adjunto certificado de Cámara y Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

### Declaración de origen de fondos y Autorización consulta y reporte a Centrales de Información

Los datos que contiene este documento son requeridos para: realizar el pago o transferencia de recursos a su cuenta bancaria; el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación contractual existente y para informarlo acerca de los productos y servicios que ofrece Seguros Bolívar y sus compañías vinculadas. La huella que se le solicita tiene como finalidad verificar su identidad y es conservada con adecuadas medidas de seguridad. Para mayor información puede consultar nuestras Políticas de Privacidad que se encuentran publicadas en la página web [www.segurosbolivar.co](http://www.segurosbolivar.co).

Con base en la información suministrada autorizo el tratamiento de mis datos personales.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.

FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO SI ES PERSONA JURÍDICA C.C. Ó NIT

Huella índice derecho