

## FORMATO DE AUTORIZACIÓN TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

Ciudad \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Señores  
**Compañía de Seguros Colsanitas S.A**  
Ciudad \_\_\_\_\_

Apreciados Señores:

Autorizo a Compañía de Seguros Colsanitas S.A para que abone el valor correspondiente a:

1. Pago de indemnización, previo estudio de documentos \_\_\_\_\_
2. La devolución de primas a mi favor \_\_\_\_\_
3. Pago de comisiones por concepto de intermediación \_\_\_\_\_

En la siguiente cuenta Bancaria de la cual soy único titular y en la que NO recibo ningún pago de mesada pensional:

Banco: \_\_\_\_\_  
Número de cuenta: \_\_\_\_\_  
Tipo de cuenta: Ahorros \_\_\_\_\_ Corriente \_\_\_\_\_  
Oficina: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Confirmando mis datos personales, para el envío de correspondencia:

Nombre(s) y apellido(s) o Razón social: \_\_\_\_\_  
Documento de identificación: Tipo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación, por parte de Compañía de Seguros Colsanitas S.A. a favor del suscriptor.



**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES** - Autorizo de manera previa, expresa, informada e inequívoca a la sociedad COMPAÑÍA DE SEGUROS COLSANITAS S.A., NIT. 901.469.580-2, en su calidad de responsable del tratamiento, la cual hace parte del Grupo Empresarial Keralty y/o a quien sean cedidos sus derechos, para que recolecte, almacene, use, circule y en general trate mis datos personales y/o los de la persona que represento, de acuerdo con lo establecido en la Política de Privacidad y de Tratamiento de Datos Personales, la cual se encuentra disponible para su consulta en [www.colsanitasseguros.com](http://www.colsanitasseguros.com).

En mi calidad de titular y/o en nombre de quien represento, podré ejercer en cualquier momento los derechos a conocer, actualizar y rectificar la información personal, así como los demás derechos previstos en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, a través de los canales indicados en la citada Política de Privacidad y de Tratamiento de Datos Personales.

Atentamente,

**Nombre del Cliente o tercero**

*\* Adjuntar original de certificación de la cuenta bancaria, emitida por la entidad financiera con vigencia inferior a 30 días*

*\* Persona jurídica: este documento debe ser suscrito por el Representante Legal y adjuntar original de certificado de constitución y gerencia, con vigencia inferior a 30 días*

*\* Todos Los pagos se realizan por transferencia bancaria, por lo tanto, es indispensable diligenciar esta autorización.*

