

AUTORIZACIÓN DE PAGO ELECTRÓNICO

FECHA:
19 / 09 / 2024
DD MM AAAA

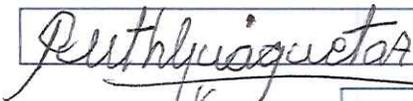
| INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA | |
|---|--|
| Nombre o Razón Social | RG Y CIA SAS |
| Tipo de Beneficiario | Proveedor <input type="checkbox"/> Intermediario <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Tercero <input checked="" type="checkbox"/> |
| Número de Identificación | 830510902-8 |
| Tipo: Cédula | Nit 830510902-8 |
| Dirección | AVENIDA 6 NORTE #29AN-49 |
| Teléfono | 3480039 |
| Correo Electrónico | ASISTENTE@RGCIA.COM |
| Ciudad | CALI |
| INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (Obligatorio) | |
| Banco | BANCO DE OCCIDENTE |
| Número de cuenta | 016-840001 |
| Tipo: Ahorros | Corriente |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En mi calidad de titular de la cuenta, otorgo a la Entidad Financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones crédito enviadas por **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, en adelante **LAS COMPAÑIAS**, acreditando mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información contenida en este documento. De igual forma manifiesto que autorizo de manera libre, expresa y voluntaria a **LAS COMPAÑIAS y/o Encargados**, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir y disponer de los datos que he suministrado en este formato los cuales podrán ser incorporados en distintas bases de datos de las Compañías.

IMORTANTE: Los datos personales cuyo tratamiento se autoriza, serán conservados por **LAS COMPAÑIAS** hasta que el titular solicite la supresión de la información y serán tratados de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013"

El diligenciamiento de la presente autorización no implica para **SEGUROS DEL ESTADO S.A. y/o SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A.**, la aceptación del pago.

Firma Titular o Representante Legal


Tramitado por Sucursal

C.C. No. 31260720