

V. AUTORIZACIÓN DE COBROTarjeta de Crédito Tarjeta de Débito Cuenta Monetaria
Banco Industrial Cuenta de Ahorro
Banco Industrial

Número de Tarjeta: _____

Fecha Vencimiento: DÍA _____ | MES _____ | AÑO _____

Banco Emisor: _____

Número de Cuenta: _____

Firma autorizada:

Facturación a nombre de: _____ NIT: _____

VI. INFORMACIÓN ADICIONAL**DATOS DEL SOLICITANTE**

	Si	No
Actúa en nombre propio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene parentesco con una persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es asociado cercano a una persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es contratista o proveedor del estado (CPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL FACTURANTE y/o PAGADOR SI FUERA PERSONA INDIVIDUAL

	Si	No
Actúa en nombre propio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene parentesco con una persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es asociado cercano a una persona expuesta políticamente (PEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es contratista o proveedor del estado (CPE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fecha de Nacimiento: _____

DATOS DEL FACTURANTE SI FUERA EMPRESA

Nombre comercial y razón social: _____

Indicar el país de origen de la empresa: _____

Fecha de constitución de la empresa: _____

Indicar actividad económica principal de la empresa: _____

Es contratista o proveedor del estado (CPE): _____ Teléfono: _____

Dirección de la empresa, indicando zona, Municipio y Departamento: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

(completar si el facturante es una empresa)

Nombre: _____

Actúa únicamente en beneficio de la entidad solicitante: _____

Tipo y número de documento de identificación: _____

Es una persona expuesta políticamente (PEP): _____

CONSENTIMIENTO

Con la solicitud, autorizo a cualquier entidad o persona relacionada con mi historial médico a proveer a La Compañía cualquier información que ésta requiera, mía y/o de mis dependientes, sin limitación alguna, asimismo, que la información recopilada o proporcionada por entidades públicas o privadas y la generada de relaciones contractuales, crediticias o comerciales, pueda ser consultada.

Queda entendido y convenido que Seguros El Roble, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro y la cobertura no entrará en vigor hasta que sea aprobada por La Compañía.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro y convengo en que: (1) La Compañía no contraerá fraude. (2) Cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona no obligará a La Compañía a menos que se haga por escrito y esté aprobada por la Compañía. (3) Mi aceptación de la póliza que se emita en base a esta solicitud, constituirá el perfeccionamiento legal del contrato y mi conformidad con cualquiera de los cambios anotados por la Compañía. (4) Que he leído detenidamente este documento y acepto sus condiciones.

Importante: Si la Póliza y sus Anexos no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza. Transcurrido dicho plazo y Yo no he solicitado dicha rectificación, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexos.

Firma: _____

Fecha: _____
DÍA | MES | AÑO

ESTE TEXTO ES RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA Y FUE REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS SEGÚN RESOLUCIÓN No. 413-2021 DEL VEINTINUEVE DE MARZO DE DOS MIL VEINTIUNO, REGISTRO QUE NO PREJUZGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO.

