Colsanitas

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO BANCARIO

Medisanitas

Ciudad: _____

Fecha de elaboración: DD | MM | AAAA

INFORMACIÓN DEL DÉBITO BANCARIO

Beneficiario	Apellidos y nombre(s) del contratante	Documento de identidad (Tipo: CC CE, PAS, NIT)*
☐ **Colsanitas S.A.** NIT. 860.078.828-7 ☐ **Medisanitas S.A.** NIT. 800.153.424-8		Tipo* Número

Contrato número	Periodicidad de pago (Marque con una equis "x" la periodicidad establecida)
	☐ Mensual ☐ Bimensual ☐ Trimestral ☐ Cuatrimestral ☐ Semestral ☐ Anual

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA

Apellido(s) y nombre(s) del titular	Documento de identidad (Tipo: CC, CE, PAS, NIT)* Tipo*	Número

Dirección de correspondencia	Ciudad	Número de teléfono 1	Número de teléfono 2

Número de celular	Dirección de correo electrónico	Número de Fax

A continuación diligencie los datos requeridos e identifique con una equis "x" el tipo de cuenta

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Nombre de la entidad financiera donde tiene la cuenta	Ciudad	Sucursal

Cuenta número	Tipo de cuenta
	☐ Ahorros ☐ Corriente

AUTORIZACIÓN

1. Autorizo debitar de la cuenta arriba indicada los fondos necesarios para pagar la cuota del contrato de Medicina Prepagada que tengo suscrito con el Beneficiario.

2.El valor a cargar se debe abonar a la cuenta que figura en esa Entidad Financiera a nombre del **Beneficiario**, quien informará el valor que debo pagar **a más tardar el tercer (3 er.) día hábil de cada período acordado.**

3.Asumo como no pagada una cuota cuando no existan fondos suficientes para atender el pago correspondiente y eximo a la Entidad Financiera de cualquier responsabilidad por las consecuencias frente al **Beneficiario** por esta razón.

4.En caso que existiese algún motivo por el cual la Entidad Financiera no pueda debitar de la cuenta de la referencia, los autorizo para informar al **Beneficiario,** por cualquier medio la causa de éste.

5.Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi autorización.

6. La presente autorización tiene vigencia mientras no comunique lo contrario o cuando el débito bancario sea rechazado por la entidad financiera durante tres meses consecutivos.

Las entidades financieras con la cuales es posible realizar el débito automático son: Banco de Bogotá, Banco Popular, Banco Corpbanca, Bancolombia, Royal Bank of Scotland, HSBC Colombia S.A., Citibank, GNB Sudameris, Helm Bank, Banco de Occidente, Banco Caja Social, Banco Davivienda, Banco AV Villas, Red Multibanca Colpatria.
"*Banco BBVA (solo para compañía Colsanitas)*"

Firma del titular de la cuenta	Apellidos y nombre(s) del titular	**Asesor/Agencia
		Tipo de documento (C.C./ NIT.)
	Documento de Identidad	Numero

* (CC) Cédula de Ciudadanía (CE) Cédula de Extranjería (PAS) Pasaporte (NIT) Número de Identificación Tributaria

**Usos exclusivo para la entidad

REQUISITOS

1. El titular del Contrato de Medicina Prepagada debe ser el mismo que autorice el débito de su cuenta personal. En caso contrario, el titular debe enviar una carta solicitando cambio de pagador, y este último debe diligenciar el presente formato.

2. Si la cuenta está a nombre de una persona jurídica, se debe anexar Certificado de Cámara y Comercio. En caso de estar a nombre de persona natural no incluida como usuario en el contrato, anexar fotocopia del documento de identidad.

Autorice su débito Bancario a más tardar el día 15 del mes, para que se haga efectivo a partir del mes siguiente.

Mayores Informes en Colsanitas o Medisanitas en línea 487 1920 en Bogotá y 018000 979020 en el resto del país.

PROTECCIÓN DE DATOS

Con el diligenciamiento del presente formulario, el titular de los datos personales entiende y autoriza que toda la información personal incluida por él en este formulario, puede ser tratada por las empresas que conforman los productos de Medicina Prepagada, para el cumplimiento de su objeto social.

La ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL está comprometida con el respeto y garantía de los derechos de los titulares de la información personal. Por eso adoptó un manual de políticas y procedimientos de tratamiento de información personal, de obligatoria aplicación en todas las actividades que involucre, total o parcialmente, la recolección, el almacenamiento, el uso, la circulación y transferencia de esa información siendo de obligatorio y estricto cumplimiento para la ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL.

Esas políticas, así como el aviso de privacidad los puede consultar en las páginas web www.colsanitas.com, www.epssanitas.com, www.clinicacolsanitas.com