

AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Certifico que los datos aquí consignados son verídicos y autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. a cargar a mi tarjeta de crédito o debitar de la cuenta abajo mencionada, el valor que corresponde a la prima de seguros y/o a sus renovaciones, si a ella hubiera lugar. Como titular de la tarjeta o cuenta declaro que conozco que si no mantengo el cupo disponible o los fondos suficientes para el pago de la prima en el plazo establecido para ello, en cada período pactado, la póliza terminará por mora en el pago de la prima. El débito o cargo sólo se realizará por el monto de la cuota para el período correspondiente, en ningún caso se realizarán cobros parciales del valor de la prima para el período pactado.

Así mismo, autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. para que consignen en mi cuenta bancaria los pagos que se hayan originado por diferentes conceptos a mi favor. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Nit. 901.061.386-7, con domicilio principal en la Carrera 11 #84-09 Oficina 903 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información derivada del presente contrato, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) El pago de las primas que contrate con dichas Aseguradoras; 2) para los pagos y/o reembolsos de dineros que dichas Aseguradoras deban efectuarme, en virtud de las pólizas que haya suscrito con ellas. Autorizo adicionalmente a BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. a transferir mis datos personales a 1) las bases de datos y/o servidores controlados por BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A., sus matrices, subsidiarias y filiales, cuando ello fuere necesario para el cumplimiento de las finalidades autorizadas en este documento; 2) A los Encargados de realizar la gestión de recaudo y/o pagos por cuenta de BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Declaro que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.bmicol.com.co y también pueden ser solicitadas a contactenos@bmicol.com o al teléfono 518 7700 de Bogotá 2) Que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) Conocer, actualizar y rectificar mis datos b) Solicitar prueba de la autorización otorgada; c) Ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) Que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

Tipo de Documento:	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné Cancillería <input type="checkbox"/> No. Documento: _____	
Primer Apellido:	_____	Segundo Apellido: _____
Nombre(s):	_____	Ciudad: _____
Dirección Residencia:	_____	Teléfono(s) Fijo: _____
Número Celular:	_____	Correo Electrónico _____
Entidad Financiera:	_____	
Tipo de Cuenta o Tarjeta de Crédito:	Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/>	
Número de Cuenta o TC:	_____	
Forma de Pago:	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	
Valor Prima:	_____	No. de Cuotas: _____

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información suministrada es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento como titular de la cuenta.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

No. Documento de Identificación

Índice Derecho

Se firma la presente solicitud en la ciudad de: _____ el día _____ de _____ de _____