

**AUTORIZACIÓN DE PAGOS POR TRANSFERENCIA
DE CUENTAS INTERNACIONALES**

Ciudad:

Fecha:

Sucursal Radicadora:

Señor (es):

ASEGURADORA COLSEGUROS S.A.

ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS EPS S.A.

CEDULAS COLON DE CAPITALIZACIÓN COLSEGUROS S.A.

MEDISALUD COMPAÑIA COLOMBIANA DE MEDICINA PREPAGADA S.A.

Apreciados señores:

Me permito informar que acepto el pago de los valores que a mi favor deba pagar cualquiera de las compañías del Grupo Colseguros a través del sistema automático de pagos por Transferencia Bancaria, para lo cual indicamos los siguientes datos:

Nombre del titular de la cuenta, así como aparece en el extracto bancario.

C.C. o Nit: _____ (Adjuntar Fotocopia)

Dirección de contacto _____

Ciudad _____ **Teléfono contacto o Fax** _____

Correo Electrónico _____

Indique la divisa en que prefiere recibir el pago _____

Número de cuenta _____ **Tipo de cuenta** (Corriente o Ahorros) _____

IBAN (si es necesario) * _____

Código Sort _____ **Código BIC/Swift o ABA *** _____

Nombre del banco _____ **Dirección del banco** _____

Si en su país se requieren datos adicionales _____

(por ejemplo: código de la agencia, número de identificación fiscal) para efectuar transacciones internacionales.

Código Swift del banco corresponsal (si se aplica) _____

* Debe indicar ambos códigos IBAN y BIC/Swift si su banco se encuentra en la Unión Europea o en un país en que estos códigos sean necesarios para efectuar una transferencia.

Atentamente,

c.c. Asegurado o Beneficiario



Huella