



**AUTORIZACIÓN DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN
POR TRANSFERENCIA ELECTRONICA**

DATOS PERSONALES			
Apellido y Nombre / Razón Social			
Documento Identificación	C.C.	N.I.T.	No.
Ciudad domicilio			
Correo Electrónico para notificación			
DATOS BANCARIOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO			
Nombre Entidad Financiera			
Tipo de Cuenta Bancaria	Ahorros	<input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>
Número de Cuenta			

Relación de bancos para transferencia bancaria

Entidad Financiera	Código	Entidad Financiera	Código
BANCO DE BOGOTA	01	HELM BANK	14
BANCO POPULAR	02	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	19
BANCO SANTANDER COLOMBIA S.A.	06	BANCO DE OCCIDENTE	23
BANCOLOMBIA	07	BANCO CAJA SOCIAL	32
ABN AMRO BANK	08	BANCO DAVIVIENDA S.A.	51
BANCO CITIBANK COLOMBIA	09	BANCO COLMENA	57
HSBC	10	BANCO AV VILLAS	52
BANCO SUDAMERIS COLOMBIA	12	BANCO AGRARIO	40
BANCO BBVA	13	COOMEVA	61

Autorizamos a **HDI SEGUROS S.A.** y/o **HDI SEGUROS DE VIDA S.A.**, para que en caso de indemnización a mi favor, el pago correspondiente sea abonado por transferencia bancaria de acuerdo con los datos suministrados en este formulario, con lo cual queda(n) dicha(s) compañía(s) a paz y salvo por concepto del siniestro del cual adjunto recibo de indemnización debidamente firmado.

- **FIRMA DEL ASEGURADO Y/ REPRESENTANTE LEGAL** _____
- **NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL** _____
- **No. IDENTIFICACION** _____

Si es persona natural, coloque su nombre y firma como titular de la cuenta bancaria.