

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

ASEGURADO

PROVEEDOR

Nombre: _____

Cédula / RUC: _____ D.V.: _____ Representante Legal: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____ Actualización de CTC: SI NO

INFORMACIÓN DE PAGO

Nombre del titular de la cuenta: _____

Nº Cuenta: _____ (sin guiones) Tipo de cuenta: Ahorro

Banco: _____ Corriente

Entiendo y autorizo de manera voluntaria y explícita a ASEGURADORA ANCON S.A., para que traten los datos personales que he incluido en el presente formulario, con el fin de desarrollar las actividades propias de los contratos de seguros, celebrados entre mi persona y la aseguradora.

Los datos suministrados serán tratados de acuerdo con la política de protección de datos de ASEGURADORA ANCON S.A. Como Titular de la información tengo derecho a acceder, rectificar, cancelar, oponerme y solicitar la portabilidad de mi información personal, siempre y cuando, no exista un deber legal o contractual que lo impida. De acuerdo con lo anterior, los canales dispuestos para la atención de consultas, quejas y reclamos están publicados en la política de protección de datos de Aseguradora Ancón a través del sitio web <https://www.asegurancon.com/>. Fundamentada en la Ley 81 de marzo de 2019.

Favor adjuntar cédula del firmante

Firma: _____