

Formato Autorización Descuentos Asociado Independiente



Ciudad Fecha

Yo

Documento de Identificación

CC	CE	Otro	No.
----	----	------	-----

Autorizo a la ASOCIACION MUTUAL BURSATIL - ASOBURSATIL a descontar a través de la cuenta de cobro el valor total de

mediante cuotas mensuales, cada una por valor de

Correspondiente al Seguro, servicio o convenio que deseo utilizar:

Describir

Observaciones:

- En caso de mora pagaré a la Asociación Mutual Bursátil ASOBURSATIL a la tasa máxima legal lo adeudado y autorizo se cancelen los servicios, seguros o convenios.
- Autorizo compensar (cruzar) las sumas por concepto de aportes, ahorros, y adelantar el plazo para el pago de las obligaciones que posea con la Asociación Mutual Bursátil ASOBURSATIL.

Una vez diligenciado el presente formato por favor enviarlo al correo electrónico comercial@asobursatil.org, asistenteadministrativo@asobursatil.org, seguros@asobursatil.org

Nota: Por favor tenga en cuenta que los servicios son única y exclusivamente para los asociados y su grupo familiar.

Firma Asociado y C.C.