**Autorización Garantización Personas Naturales**

En ………………………………………… de Chile, el Suscriptor autoriza a Agencia Columbus Chile SpA, Rut 76.534.144-2, para que, en el evento de mora, atraso o incumplimiento, en todo o parte, en el pago de una o más facturas adeudadas, los datos personales y los relativos a este incumplimiento se traten y/o comuniquen y/o publiquen en Dicom (o Equifax).

**Identificación del Cliente o Usuario**

Nombre del Cliente o Usuario:……………………………………………

Cédula de Identidad :…………………………………………..

Domicilio :……………………………………..

…….de………………………… de 20….

………………………………………………….

Firma Cliente o Usuario