

# FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REVERSIÓN DE PAGO

De conformidad con lo establecido en el Decreto 587 de 2016, Bemus Soluciones Innovadoras Colombia S.A.S., publica el presente formulario para que los usuarios puedan tramitar la solicitud de reversión de pagos. Este formulario deberá ser suscrito y remitido al correo electrónico [·]; para que el proceso pueda efectuarse, se le recuerda al usuario que debe proporcionar copia de la presente solicitud al emisor del instrumento de pago dentro de los cinco (5) días siguientes a la transacción.

**Nombre completo del usuario :**

**C.C./C.E./I.D.:**

**Fecha de pago:**

**No. de pago:**

**Identificación del Instrumento de Pago**  
(Número de TC, Cuenta Bancaria):

**Entidad financiera emisora del instrumento de Pago:**

Marque con una X la(s) causa(s) por la que solicita la reversión del pago:

- FRAUDE.
- OPERACIÓN NO SOLICITADA.
- EL PRODUCTO ADQUIRIDO NO FUE RECIBIDO.
- EL PRODUCTO ENTREGADO NO CORRESPONDA A LO SOLICITADO, NO CUMPLE CON LAS CARACTERÍSTICAS INHERENTES O LAS ATRIBUIDAS POR LA INFORMACIÓN QUE SE SUMINISTRE SOBRE ÉL.
- EL PRODUCTO ENTREGADO ES DEFECTUOSO, PONE EN RIESGO LA SEGURIDAD DEL USUARIO.

**Explique las razones por las que solicita la reversión del pago:**

.....

.....

Marque con una X el tipo de reversión que solicita:  Total  Parcial

Indique el valor de la reversión solicitada:

Firma: ..... C.C. ....

Lugar y fecha : .....